UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 118

LES OPÉRATIONS CÉSARIENNES ET LEURS INDICATIONS

à la Clinique d'Accouchements de Bordeaux, de Novembre 1930 à Novembre 1933

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Mars 1934

PAR

Edme-Félix-Albert COUTURIER

Externe des Hôpitaux

Né le 29 Juin 1908, à Tesson (Charente-Inférieure)

Examinateurs de la Thèse

MM. ANDÉRODIAS, professeur ..... *Président*

GUYOT, professeur ..... } *Juges.*

FAUGÈRE, agrégé ..... } *Juges.*

RIVIÈRE, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIERE

18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0022

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 118

LES OPÉRATIONS CÉSARIENNES ET LEURS INDICATIONS

à la Clinique d'Accouchements de Bordeaux, de Novembre 1930 à Novembre 1933

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Mars 1934

PAR

Edme-Félix-Albert COUTURIER

Externe des Hôpitaux

Né le 29 Juin 1908, à Tesson (Charente-Inférieure)

Examinateurs de la Thèse :

MM. ANDÉRODIAS, professeur..... *Président*

GUYOT, professeur..... .....

FAUGÈRE, agrégé .... *Juges.*

RIVIÈRE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIERE

18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS ..... Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.		MM
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale.. ..	DUPÉRIÉ. CHAVANNAZ. BEGOUIN.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	SABRAZES.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Physiologie	PACHON.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE
Médecine légale et déontologie.....	LANDE	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Chimie	CHELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... ..	CREYX
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL		
Médecine expérimentale..	N.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES		

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie.....	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale.....	AUBERTIN. DAMADE PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
		Physique médicale.....	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE
Accouchements...	RIVIERE.	Pharmacie chimique	N.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire ..... DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE

A travers toutes les douloureuses épreuves que la vie ne t'a pas ménagées, il t'a fallu pendant des années un courage soutenu par une volonté exemplaire pour me permettre d'acquérir ce titre de docteur.

Mon affection pour toi ne sera jamais assez grande. Pour te prouver ma reconnaissance, j'essaierai maintenant de ressembler un peu à l'image magnifique que tu te fais du « médecin ».

A TOUS LES MIENS, A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX

Monsieur le Profeseur CARLES

Monsieur le Docteur LEFEVRE

Monsieur le Profeseur RECHOU

Monsieur le Professeur LEURET

Monsieur le Docteur SECOUSSE

Monsieur le Professeur CREYX

Monsieur le Professeur ANDERODIAS

A Monsieur le Docteur MAHON

Que je remercie de m'avoir inspiré le sujet de cette thèse et aidé continuellement de ses conseils si utiles.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Vous m'avez fait le grand honneur, mon cher Maître, d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous en suis profondément reconnaissant.

PREMIERE PARTIE

Chapitre premier

L'HISTORIQUE

Tout le monde sait ce qu'est l'opération césarienne, opération qui existe depuis la plus haute antiquité.

Le terme césarienne est probablement dérivé du latin *partus caesarum,* de *caedere :* couper. Rien ne prouve absolument que Jules César soit né au moyen d'une hystérotomie abdominale, car s'il est évident que la césarienne ait été pratiquée sur la femme morte avant cette époque, il est par contre à peu près certain qu'elle ne pouvait pas l'être sur une femme vivante, or la mère de César est restée vivante après la naissance de ce fils ; les lettres qu'il lui écrivait durant ses guerres paraissent le prouver. Donc la césarienne quoiqu'il semble n'a rien à voir avec la naissance de César.

La césarienne tire son origine probablement des sacrifices rituels ou des chasses qui offrirent l'occasion d'extraire vivant un fœtus du corps d'une femelle tuée en état de gestation avancée.

Si l'on recherche dans la mythologie grecque on voit que Bacchus fut extrait vivant du ventre de Semelle morte et qu'Esculape retira Apollon du corps de Coronide. Dans l'histoire, la *Lex Regia,* 715 avant J.-C. prescrit la césasienne.

On peut distinguer quatre périodes dans l'histoire de la

césarienne correspondant aux différentes phases de son évolution. D'abord elle n'est pratiquée que sur la femme morte ; ensuite sur la femme vivante, mais c'est un sacrifice de la mère ; puis on s'occupe de déterminer les causes d'infection mais on se trompe ; enfin la période actuelle.

Première période va de 715 avant J.-C. jusque vers 1500. Pendant cette longue période, la césarienne est limitée à la femme morte dans l'unique but de sauver le fœtus encore vivant du corps de sa mère.

La deuxième période va de 1500 à 1875 environ ; on tente la césarienne sur la femme vivante mais avec une mortalité telle qu'elle n'est pratiquée que sur la femme agonisante. Pajort la traite d'intervention diabolique qui tue la mère pour avoir l'enfant, et, en effet, Thomas Hardford cite 82 % de mort maternelle ; Harris, 95 % ; Stadfeld, au Danemark, 100 % ; Gueniot (1870), Paris, 100 % ; Spaet. Vienne (1877) 100 % ; Guizzoni (Pavie, 1870 à 1875), 100 %, sans pour cela que le pronostic fœtal soit merveilleux. Joulai, sur 2.726 cas, donne une mortalité de 57 % ; Kaper, sur 388 cas (1756 à 1839), 32 %.

C'est pourquoi, pendant cette période l'incertitude des résultats opératoires fait considérer la césarienne comme sacrifice de la vie maternelle pour une possibilité de sauver la vie de l'enfant. Aussi, d'abord, le seul soin des accoucheurs était de terminer par le sacrifice de l'enfant un accouchement qui s'avérait impossible sans que l'on se préoccupât de la cause de la dystocie. Grâce aux recherches de Pineau sur l'anatomie du bassin, des accoucheurs tels que Mauriceau, Portal commencèrent, au cours du XVIII^e^ siècle, à savoir reconnaître grossièrement les dystocies d'origine pelvienne. Au début du XVIII^e^ siècle, Smellie et Levret en distinguèrent avec précision les degrés. La thérapeutique n'en tira pas de bénéfice immédiat. La version remise en honneur par A. Paré et Guillemeau, le forceps de Chamberlen n'apportèrent pas de solution pratique L'embryotomie demeurait toujours l'intervention usuelle.

Vers le début du XVIII[e] siècle, Macaulay et Kelly Deunman défendirent l'accouchement prématuré et provoqué, et en 1777 Sigault proposa la symphysectomie.

On ne savait toujours pas poser les indications opératoires : l'embryotomie restait l'opération de fond.

Au XIX[e] siècle, le bassin est étudié au millimètre par Michaeles, Noegle, Paul Dubois, et les indications respectives des diverses méthodes obstétricales sont basées sur ces précisions anatomiques.

La technique se perfectionne, Tarnier met au point le forceps, l'accouchement provoqué, la basiotripsie ; Simpson et Barnès, la version.

Quand les difficultés d'ordre physique (les seules auxquelles on prête attention) sont insurmontables on se résout à pratiquer la césarienne, quand le bassin mesure au plus 54 mm., que le fœtus soit vivant ou mort (Noegle), (nous avons vu avec quelle mortalité).

La troisième période profite des travaux de Lister et Pasteur. Ces travaux mirent entre les mains des accoucheurs des méthodes susceptibles de donner des résultats satisfaisants ; ils crurent avoir résolu le problème. Ils ne s'aperçurent pas que l'asepsie de l'acte opératoire ne suffisait pas quand manquait celle du contenu utérin. La notion des cas purs et impurs fut longue à s'établir. L'opération de Porro elle-même qui, dans nos esprits, est liée intimement à la notion de l'infection du contenu utérin, fut en réalité trouvée et d'abord employée pour lutter contre une difficulté d'ordre physique particulière : l'hémorragie au cours de la césarienne.

C'est un américain Harris, qui exprima le premier en 1883, la notion des cas purs et des cas infectés, et qui montra que les indications doivent être discutées en tenant compte de cette notion nouvelle :

L'opération précoce sauve trois femmes sur quatre ;

L'opération tardive tue trois femmes sur quatre.

La vérité avait été cependant soupçonnée par Dubois en 1854 et Pehan Dujeilhay en 1861.

Les notions exprimées par Harris en 1883 rencontrèrent une certaine résistance, puis finirent par se diffuser. Elles étaient devenues courantes en 1895 et avaient servies de bases aux directives de limitation de la césarienne aux cas purs donnés par Potocki, Bar, Doléris, Couvelaire.

La technique de la césarienne a bénéficié d'abord d'un certain nombre de modifications visant à empêcher la péritonite primitive ou secondaire.

La quatrième période coïncide avec la plus importante de ces améliorations de technique : la suture utérine.

Aussi invraisemblable que cela nous paraisse, la suture utérine n'entra dans la pratique de la césarienne qu'en 1882.

A vrai dire Lebas de Mouilleron l'avait préconisé en 1769, mais elle fut rejetée parce qu'on la considérait comme *inutile* à cause de la forte rétraction de l'utérus, et *dangereuse* à cause de la rétention des liquides secrétés par la plaie de l'utérus ».

Cependant Godrefoy (1840). Martino d'Avenzo (1850), Van Aubet (1862), publièrent des observations de suture utérine suivant la césarienne, mais ce n'est qu'à la suite des efforts de Spencer Wells (1873) et surtout de Kebrer et Sänger (1882) que la suture triompha.

Dès lors tous les efforts tendirent à perfectionner la technique de la suture utérine.

Double suture indépendante de l'utérus et du péritoine, double suture en disséquant les lèvres péritonéales, suture en 8 de chiffre de Lambotte (Paucot et Vanverts) points superficiels surajoutés aux sutures profondes (Ribemont-Dessaigne, Lepage, Wallich).

L'opération hors du ventre réalise un autre progrès technique jugé considérable que Gueniot préconisa dès 1870. Muller insiste sur ce procédé et le terme des efforts faits dans ce sens a été le procédé de l'extériorisation complète

de l'utérus avant l'incision préconisé par Couvelaire en 1909.

De nombreux efforts ont été faits pour éviter, lorsque le contenu de l'utérus était septique, la péritonite primitive ou secondaire.

Contre la péritonite primitive : extériorisation de l'utérus, fermeture de la paroi en arrière au moyen de pinces, protection étroite par des champs nombreux, assèchement et nettoyage à l'éther de la séreuse (Lepage). Délivrance par voie vaginale (Burns Kerr).

Enveloppement de l'utérus par des toiles caoutchoutées (Magalaës). Contre la péritonite secondaire : la minutie des sutures, l'épiplooplastie, l'enfouissement de la suture par un surjet séro-séreux (Fabre), Le Lorier, Brouha, Vauverts, et le drainage à la Mickulicz (Zarate, 1914).

Pendant que les uns cherchaient la solution du problème dans le perfectionnement de la technique, d'autres la poursuivaient dans un changement radical de la méthode : l'exérèse de l'utérus ou opération de Porro, exécutée pour la première fois par Porro, en 1876, antérieurement prévue par Mickaëlis. Soulignons que l'opération de Porro, pratiquée avec succès dans des cas impurs le fut pour ainsi dire incidemment à l'insu des opérateurs qui traitaient les cas impurs comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir.

L'opération de Porro fut abandonnée au bout de quelques années, remplacée progressivement par l'hystérectomie subtotale.

L'hystérectomie subtotale était donc jusqu'à ces dernières années l'opération qui s'imposait dans les cas impurs de dystocie pelvienne.

Les inconvénients de castration utéro-ovarienne n'échappaient à personne, tout le monde était à la recherche d'une intervention conservatrice et qui mit à l'abri des infections péritonéales.

Les pelvitomies préconisées par Zarate, Le Lorier, Seem-

ba, restaient des interventions limitées dans un cadre étroit et grévées d'une lourde morbidité qui se traduisaient par des séquelles urinaires et locomotrices constituant souvent une pénible infirmité, et elle était apparue trop tard en même temps que la césarienne basse.

Suture utéro-pariétale, extériorisation de la cicatrice. — Lestoquoy (1889). Sellteim (1908), Kourver (1911) proposèrent des procédés qui aboutissaient tous à isoler la plaie ou la suture utérine de la grande cavité péritonéale. Ces interventions n'étaient en somme que la préface de l'opération de Portes.

Chapitre II

LES PROCEDES OPERATOIRES

Gastro-elytrotromies. Césariennes basses

1° *Opération de Görg.* — La paroi abdominale était incisée de E. I. A S. jusqu'au publis ; on incisait latéralement le vagin et le segment inférieur et on extrayait le fœtus par les pieds (fut pratiquée seulement sur le cadavre).

2° *Opération de Ritgen* est la précédente reprise en 1820 par Ritgen modifiée en évitant l'incision du péritoine par son décolement dans l'espace de Bogros. Abandonnée après échec de Ritgen en 1821 et de Baudelocque (neveu) en 1823; la gastro-elytrotomie fut réinventée en Amérique par Gaillard Thomas en 1870, pratiquée 14 fois, elle tombe dans l'oubli.

3° *Opération extra-péritonéale de Selheim* préconisée par cet auteur en 1908. Consiste à pratiquer l'hystérotomie sur le segment inférieur de l'utérus, après décollement du péritoine viscéral. Donna des résultats appréciables et fut appliquée avec quelques variantes par Thomas, Döderlein, Latzko, Kussner, Marc Koe, Mac Ferson.

4° *Opération de Franck.* — Krönig pensa que l'amélioration des résultats par rapport à la césarienne classique était due non pas au fait d'aborder l'utérus par voie extra-péritonéale mais bien au fait « de pratiquer une incision sur le segment inférieur mince et non contractile plutôt que sur le corps épais et contractile de l'utérus ».

(D'ailleurs, en cherchant à exécuter l'opération extra-péritonéale le péritoine était souvent accidentellement ou-

vert et les résultats n'en étaient pas moins bons). A la suite de ces diverses remarques et grâce aux résultats fournis par des statistiques précises, de nombreux auteurs abandonnèrent l'extra-péritonéale pour la transpéritonéale (De Lee, Cornell, Beeck, Vogt, Phaneuf, Munro, Kheer, Walthard, Beutner, Gaifami).

Cette intervention vulgarisée en Allemagne et en Italie, déjà introduite en France par Brindeau, Jeannin, et Doleris, en 1909 sous sa forme extra-péritonéale fut transformée en sa forme transpéritonéale grâce à Shickele.

Jeannin proposa une technique d'exclusion de la grande cavité pour les cas impurs.

J.-L. Faure proposa concurremment à la césarienne basse l'utilisation du Mickulicz.

C'est à peu près à l'époque où l'on essayait de réintroduire à Paris la césarienne basse que Portes eut l'idée de pratiquer dans les cas franchement infectés la *césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus.*

Opération de Portes

Ce procédé comprend deux temps : dans un premier temps on extériorise l'utérus et trente jours après on réintègre l'organe cicatrisé dans l'abdomen.

Premier temps : Longue incision permettant d'extérioriser l'utérus gravide. Un aide maintient la masse en antéflexion pendant que l'opérateur referme l'abdomen au-dessus de l'utérus extériorisé. Les sutures sont faites en un plan avec des fils métalliques. Incision classique de l'utérus, extraction du fœtus et du placenta, suture de la plaie utérine à la soie. Pansement à plat à la bouillie lactique ou à l'huile goménolée. Dans les jours qui suivent, l'utérus se recouvre de fausses membranes et souvent la plaie utérine se désunit, mais assez rapidement la plaie se désinfecte et l'utérus régresse.

Deuxième temps : Quand la plaie utérine est cicatrisée et que la cicatrice abdominale est devenue parfaite, on peut

réintégrer l'utérus dans l'abdomen. En général il faut attendre trente jours On incise la paroi au niveau de la cicatrice jusqu'au pédicule utérin. Il suffit alors d'introduire l'index sous le contour de ce pédicule pour le libérer complètement. L'utérus étant réintroduit dans le petit bassin, on ferme l'abdomen sans drainage.

CESARIENNE BASSE TRANSPERITONEALE

Appelée encore césarienne supra-symphysaire, césarienne suspubienne laparo-trachélotomie, elle a pour but de sectionner le segment inférieur après avoir ouvert la cavité péritonéale. Les procédés opératoires sont multiples, mais on peut à l'imitation de Phaneuf, les ranger en deux : le procédé de Krönig et celui de Hirst.

1° *Procédé de Krönig-Beck.* — Le principe est le suivant : incision verticale de la paroi abdominale ; incision transversale du péritoine viscéral, décollement du péritoine qui recouvre le segment inférieur ; incision verticale du segment inférieur ; extraction du fœtus et placenta ; suture de la plaie utérine au catgut, rabattement du lambeau péritonéal au-dessus de la plaie utérine.

1° Après rachi-anesthésie à la novocaïne et mise en position inclinée on incise la paroi abdominale en allant de la symphyse vers l'ombilic (une incision de 15 cm. suffit). On place une compresse de gaze à droite et à gauche de façon à les insinuer entre l'utérus et la paroi, une troisième plus petite est glissée à l'angle supérieure de la plaie. Mise en place d'un écarteur bilatéral de Ricard. On aperçoit le segment inférieur qui recouvre la tête du fœtus. Il faut alors repérer l'extrémité supérieure de la vessie qui a dû être soigneusement vidée immédiatement avant l'opération. Cet organe est du reste très variable comme situation ; en général il est assez bas et situé sur la ligne médiane. On place une pince de Kocher sur le péritoine viscéral à travers un doigt au-dessus du sommet de la vessie. On y fait une petite

boutonnière, puis, soit à l'aide du doigt, soit avec de forts ciseaux courbes et mousses, on sépare le péritoine du segment inférieur. Le décollement est commencé à droite et à gauche, puis de bas en haut ? On insiste principalement en bas du côté du pubis, de façon à refouler la vessie très loin. On place alors une pince Kocher de chaque côté de la ligne médiane pour repérer la section du péritoine. La séreuse préalablement décollée est coupée transversalement sur une longueur de 12 cm. environ. On obtient ainsi deux lambeaux péritonéaux largement flottants.

2° Section du segment inférieur. Un aide glisse une large valve à hystérectomie vaginale derrière la symphyse pubienne sous le lambeau péritonéal inférieur et la vessie, il met ainsi le segment inférieur sous la vue de l'opérateur. Celui-ci l'incise au bistouri directement sur la tête fœtale et le plus bas possible. Il y fait une boutonnière dont il repère les deux lèvres avec des pinces, puis il sectionne de bas en haut sur la ligne médiane de façon à ne pas dépasser la limite du décollement péritonéal supérieur. On peut également inciser doucement de bas en haut sur toute la surface du segment mis à nu jusqu'à ce qu'on aperçoive les membranes ou les cheveux du fœtus suivant que les membranes sont rompues ou non. Il s'écoule en général une assez grande quantité de liquide amniotique que l'on enlève à l'aspirateur électrique. L'aide retire alors la valve rétropubienne.

3° *Extraction du fœtus.* — La main s'insinue entre le segment et la tête et cherche la bouche du fœtus. Un doigt introduit dans sa cavité ramène le menton en avant, il suffit parfois d'appuyer à droite et à gauche de la tête pour l'énucléer, sinon, on appliquera le forceps (petit Pajot si possible) et l'on extrait le fœtus par la face. Au moment où l'on extrait les épaules on aperçoit en général l'ouverture de la plaie utérine qui tend à être attirée en dehors ; il est bon de placer avant de continuer l'extraction une série de pinces en cœur de chaque côté de la plaie. Ces pinces serviront à extérioriser la cavité ouverte quand le fœtus sera extrait.

L'enfant aussitôt sorti sera placé sur les cuisses de la mère. A ce moment l'aide tire légèrement sur les pinces en cœur. Cette manœuvre permettra aux liquides de s'écouler au dehors. Le cordon est sectionné; puis on passe à l'extraction du placenta. L'expression est presque toujours suffisante, sinon on décollera l'arrière-faix avec la main en ayant soin de maintenir fortement le fond de l'utérus. La délivrance terminée, on introduit une mèche dans l'utérus, qui sera retirée avant la mise en place des derniers fils.

4° *Sutures.* — On replace la valve rétro-pubienne et l'on suture le segment inférieur en commençant de bas en haut. Sutures au catgut à points séparés : premier plan prenant toute la paroi, deuxième plan superficiel renforçant le premier (ce second plan peut être effectué en surjet). On s'occupe ensuite de la suture du péritoine, elle sera pratiquée de telle façon que les deux lambeaux s'imbriquent (suture en redingote). On peut à son choix placer l'un ou l'autre le premier. Il vaut mieux cependant commencer par fixer le lambeau supérieur en posant quelques fils de catgut. On ramène le lambeau inférieur qui entraîne la vessie avec lui ; quelques points la maintiendront en place.

5° *Fermeture de la paroi sans drainage.*

1° *Procédé de Hirst-Phaneuf.* — L'abdomen étant ouvert, on décolle le péritoine viscéral comme précédemment, puis on incise la séreuse verticalement. Le péritoine pariétal est alors suturé au péritoine viscéral à l'aide de points séparés au catgut. On obtient ainsi deux culs-de-sac péritonéaux dirigés verticalement entre lesquels on aperçoit le segment inférieur descendre. Incision de l'utérus, extraction du fœtus et du placenta comme dans le procédée de Beck. Le segment inférieur est suturé au catgut et par dessus la suture on ramène les deux culs-de-sac au contact l'un de l'autre. Ils sont alors fixés à l'aide d'un surjet en catgut.

Chapitre III

LES AVANTAGES DE LA CESARIENNE BASSE

Avantages de la technique de Kronig-Beck

L'opération pratiquée à la clinique de Bordeaux à peu près continuellement est celle de Krönig-Beck. Nos recherches ont porté sur les césariennes pratiquées à la clinique d'accouchement de Bordeaux de novembre 1930 à novembre 1933.

Le plus gros avantage de cette technique est :

Le repos de la cicatrice utérine, associé à une bonne péritonisation qui empêche l'infection du péritoine par le contenu de l'utérus. Dans la césarienne haute il n'y a qu'une coaptation relative insuffisante pour opposer, au moment des contractions, une barrière absolue au suintement seresanguinolent et aux microbes de la cavité utérine qui vers le 4e ou 5e jour du post-partum présentent leur maximum de virulence. (L'utérus exprime comme une éponge au travers de l'incision les sécrétions de sa cavité). Le surjet séromusculeux est insuffisant. Dans la césarienne basse au contraire, la ligne d'incision a été tracée dans une zone neutre, non contractile, la suture n'est le siège d'aucune contraction; elle reste inerte dans le post-partum.

Le double revêtement péritonéal réalise une exclusion parfaite de la grande cavité péritonéale et ce double revêtement est aisé à pratiquer. Bonnaire disait que le péritoine utérin à la fin de la grossesse arrivait à flotter comme une voile jetée sur l'utérus et la vessie, mais le péritoine n'est lâchement attaché qu'au niveau du segment inférieur et est

au contraire solidement adhérent au corps utérin. Ces raisons anatomiques expliquent que le décollement péritonéal est donc possible à pratiquer, sans grande difficulté sur la face antérieure du segment inférieur.

Aussi pourra-t-on protéger d'une manière efficace la suture utérine à l'aide des deux lambeaux superposés en redingote.

De plus il semble démontré aujourd'hui que le péritoine du petit bassin présente vis-à-vis des microbes une résistance plus grande que le péritoine abdominal. Enfin si une infection venait à se produire, tous les organes qui supportent ou entourent le péritoine du segment inférieur étant fixes, le cloisonnement se produira plus aisément et contribuera à rétrécir le champ de l'activité microbienne.

La suture utérine est également plus facile parce que les bords de l'incision sont minces et se prêtent à une coaptation plus parfaite parce que la paroi du segment inférieur est plus lâche.

Il existe d'autres avantages de la césarienne basse, mais *moins importants,* l'incision sur la paroi abdominale est plus courte, elle est de 10 cm. au lieu de 16 et ne déborde pas la région sous ombilicale.

Elle est faite sur une portion de la paroi où les muscles grands droits sont épais et rapprochés, les aponévroses solides, d'où des conditions meilleures pour obtenir une cicatrice résistante et éviter l'éventration.

Le shock opératoire est réduit au minimum. L'absence de shocks s'explique par la suppression des manœuvres traumatisantes, les manipulations des anses intestinales, de l'épiploon, les tiraillements sur les mesos et sur les plexus nerveux de l'utérus.

Le fait que les anses intestinales ne sont pas en contact pendant le post-partum avec la suture utérine explique que les adhérences de l'intestin à l'epiploon n'existent plus ; il en est de même pour l'occlusion intestinale.

Les accidents de la Lochiométrie qui s'observent dans les

premiers jours du post-partum sont dus à ce fait que la coudure se produisant au niveau de l'isthme en aval de l'incision de l'hystérotomie haute non seulement les liquides retenus dans la cavité utérine deviennent plus virulents mais encore ils sont en quelque sorte sous pression et par suite des contractions utérines auront une plus grande tendance à diffuser au travers de la suture et à infecter le péritoine. Tout au contraire, dans la césarienne basse, s'il se produit de la rétention, les liquides restent dans la cavité utérine, tandis que le segment inférieur se draine normalement et la suture qui siège à son niveau subit au minimum les risques d'infection.

Dire que les suites sont absolument apyrétiques serait exagéré ; il y a souvent un petit mouvement thermique au début, mais il ne dépasse rarement 38 et n'excède généralement pas deux ou trois jours.

En tous cas, l'état général est toujours excellent et les malades évacuent précocement leurs gaz.

Les réactions péritonéales sont tout à fait exceptionnelles. Par contre l'infection légère du tissu cellulaire sous-cutané est plus fréquente, presque tous les auteurs signalent en effet des suppurations d'ailleurs rapidement taries au niveau de la paroi à la partie inférieure de la plaie opératoire. Cette petite complication ne peut guère surprendre étant donné que la plupart des cas opérés sont plus ou moins infectés. Elle prouve d'ailleurs la parfaite protection du péritoine. Et ces suppurations sont disparues depuis l'emploi de la suture en un plan.

Chapitre IV

LES SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

A la clinique d'accouchements de Bordeaux, de novembre 1930 à novembre 1933, sur 78 césariennes basses pratiquées, les suites sont celles-ci :

A. *Accidents au cours de l'opération :* Sur 78 césariennes basses aucun accident mortel. Une femme est morte aussitôt après l'intervention mais d'hémorragie rétro-placentaire ; la mort résulte de l'affection qui a nécessité la césarienne et non de la césarienne elle-même.

B. *Accidents post-opératoires :* 2 morts sur 78, soit 2,60 % :

a) *Péritonite :* un cas de péritonite secondaire, mort au 23e *jour.*

b) *Septicémie :* un cas de mort au 12e jour par septicémie à streptocoque hémolytique.

Un autre cas de septicémie à streptocoque hémolytique qui guérit.

c) *Suppuration de la paroi :*

8 fois sur 78, soit 10, 2 % ;

2 fois associé à une infection génitale ;

4 fois à des suppurations légères ;

4 fois à des suppurations abondantes.

Dans ces cas de suppuration de la paroi, la poche des eaux

était intacte ..... 1 fois

rompue artificiellement ..... 1 fois

depuis 1 heure ..... 1 fois

depuis 4 heures ..... 2 fois
depuis 36 heures ..... 2 fois

d) *Infection utérine.*

e) *Hyperthermie sans causes :*

38° pendant moins de deux jours,.... 15 .. 19 %
Plus de 38° ou durant plus de 2 jours, 5 .. 6,4 %
Plus de 39° pendant cinq jours, ... 1 .. 1,3 %

f) *Broncho-pneumonie :* 4 cas non mortels .... 5,2 %

g) *Rétention d'urine :* 2 fois ..... 2,6 %

Ni occlusion intestinale, ni fistule vésicale.

Mortalité de la césarienne basse à la clinique de Bordeaux, de novembre 1930 à novembre 1933 :

Deux morts sur 78, soit ..... 2,6 %

A comparer les statistiques de Brouha :

Six morts sur 125, soit ..... 4,8 %

1 par rachi ;
1 par hémorragie (atonie utérine) (anestésie générale) ;
1 par péritonite secondaire consécutive à la suppuration pariétale ;
1 par infection puerpérale généralisée chez une cardiaque ;
1 par infection compliquée de pleurésie purulente ;
1 par broncho-pneumonie.

Brouha tient absolument à expurger sa statistique de cas de mort par rachianesthésie. On se demande pourquoi. On ne peut pas faire la césarienne basse sans anesthésie et sa malade morte d'hémorragie ne serait sans doute pas morte s'il avait fait une rachi.

Porenta : 112 cas sans décès ..... 0 %
De Lee : 948 cas, 8 décès ..... 0,85 %

et de celles colligées par :

Von Ammon : 4175 cas ..... 2,14 %
Winter : 3.554 cas ..... 3,17 %

Pour apprécier la valeur de la césarienne basse en tant qu'opération, il faut écarter :

1° Tous les faits où la mort peut résulter de l'affection

qui a nécessité la césarienne (éclampsie, hémorragie rétroplacentaire, placenta prævia) c'est pourquoi nous n'avons pas tenu compte dans notre statistique de la mort aussitôt après l'intervention, par anémie aiguë dans un cas d'hémorragie rétroplacentaire.

2° Les cas de décès liés à une affection intercurrente sans rapport direct avec l'opération (appendicite, maladies infectieuses, apoplexie).

Il faut séparer les cas purs des cas impurs ; ce n'est pas chose facile.

D'après *Bar* et *Meunro Kerr* la césarienne haute donne : dans les cas impurs, 10 % de mortalité.

Après tentative d'accouchement par voie basse dans de mauvaises conditions, 40 %.

Cette mortalité ne s'observe jamais même de loin avec la césarienne basse.

Morbidité. La morbidité globale est de 50 %.

Même si l'on ne tient compte que des cas ayant entraîné un séjour à la clinique de plus de vingt jours, on tombe à 22, 5 %.

Enfants : 3 décès sur 78 et 2 enfants morts-nés.

Le tableau des complications en rapport avec les conditions opératoires peut se dresser de la façon suivante :

	Bassins retrécis	Bassins retréciset indications fœtales	Pressentations vicieuses	Non engagement	Hémorragies rétroplacentaires	Placentas praevias	Anomalies de dilatation	Totaux
Opérées avant le travail	14	—	—	—	—	—	—	—
aEn travail, membranes intactes	1	3	—	—	1	—	—	5
Membranes rompues depuis moins de 3 heures	12	2	4	4	2	4		28
— — — plus de 6 heures	1	—	1	—	—	—	—	2
— — — — de 10 heures	2	2	1	2	—	—	—	7
— — — de 20 heures	9	2	2	2	—	—	—	15
Membranes rompues, touchers	1	—	—	1	—	—	—	2
Césariennes basses prophylactiques	14	—	—	—	—	—	—	—
Après épreuve du travail	24	9	8	8	—	—	2	—
Mort maternelle	1	—	—	1	1	—	—	3
Mortalité fœtale par souffrance	2	—	—	1	1	1	—	5
Morbidité maternelle	—	—	—	—	—	—	—	—
38° moins de 3 jours	5	3	1	2	1	—	—	12
Plus de 38° ou plus de 3 jours	3	—	—	2	—	—	—	5
Septicémie	1 mort	—	—	—	—	—	—	1 mort
Péritonite	—	—	—	1 mort	—	—	—	1 mort
Accidents pulmonaires	2	—	—	—	—	1	—	2
Phlébite	1	—	—	—	— a	1	—	3
Abcès de la paroi	2	1	1	—	—	—	2	6
Abcès du sein	2	—	—	—	—	—	—	2
Mort par hémorragie	—	—	—	—	1	—	—	1

Chapitre V

L'AVENIR ELOIGNE DES FEMMES CESARISEES

L'avenir éloigné des femmes qui ont subi une césarienne basse paraît nettement supérieur au point de vue obstétrical à celui des césariennes hautes.

M. le professeur Andérodias et M. le docteur Balard, à ce sujet disaient que :

« Les suites si constamment favorables de la césarienne basse, même dans les cas impurs, tiennent à ce que la suture utérine n'étant à ce niveau le siège d'aucune contraction, sa cicatrisation se fait rapidement et par conséquent avec le minimum de tissu scléreux cicatriciel ».

a) *Au point de vue anatomique :* Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner que la suture ne laisse bien souvent aucune trace au point de vue anatomique, ni à l'œil nu, ni à l'examen microscopique.

1° *Preuves anatomiques macroscopiques.*

Wettervald signale que dans la plupart des cas de césariennes itératives la cicatrice n'était pas visible et se présentait sous forme d'une ligne blanchâtre.

Gellé note que le nombre des cas où la césarienne itérative a permis de constater l'intégrité absolue du segment inférieur dépasse la centaine.

Audebert, ayant pratiqué une laparotomie explorative pour état de shock après accouchement spontané par les voies naturelles consécutif à une césarienne basse, ne trouva aucune lésion ni aucune trace d'une opération antérieure.

A Bordeaux, sur 15 césariennes itératives, Andérodias et Balard, constatent 6 fois, l'intégrité absolue du segment inférieur et du péritoine vésico-utérin à tel point qu'il est impossible de se douter que la femme eut subi antérieurement une césarienne, 6 fois le péritoine adhérait à l'utérus plus que de coutume, mais on a pu cependant parvenir à le décoller, une fois ces adhérences étaient telles qu'il fallut sculpter le muscle ; dans un autre cas en plus de nombreuses adhérences péritonéales la cicatrice était très amincie et permettait de voir le cuir chevelu de l'enfant et enfin une fois on dut changer de tactique et faire une césarienne haute.

Le docteur Balard a constaté par deux fois sur la même malade l'intégrité absolue du segment inférieur, d'abord au cours d'une césarienne itérative onze mois après la première, ensuite lors d'une hystérectomie pratiquée trois ans après pour grossesse extra-utérine.

2° *Preuves anatomiques microscopiques.*

A côté des constatations opératoires, existent deux examens microscopiques : *a*) *Gaifami* a pu constater une « restitution *ad integrum* » microspiquement complète.

b) *Hauch* a mentionné l'observation d'une femme morte d'un cancer de l'estomac six mois après la césarienne ; un examen minutieux de l'utérus ne permit de constater aucune trace de cicatrice, le tissu musculaire était complètement normal.

Ainsi donc, bien souvent l'utérus présente après la césarienne basse une reconstitution anatomique macroscopique autant que microscopique parfaite (tout au plus pourrait-on avoir des craintes si les suites opératoires avaient été particulièrement troublées).

B. *Du point de vue fonctionnel* le comportement de l'utérus est également très satisfaisant.

Les grossesses consécutives sont relativement fréquentes. Wettervald donne le chiffre de 45 % et Jung arrive même à 53,2 %. Andérodias et Balard, 19 grossesses sur 111 opérées soit 18 %.

Les grossesses deviendront d'autant plus fréquentes que les milieux obstétricaux, persuadés de la bénignité relative des résultats éloignés de cette opération, sauront faire partager leur opinion aux malades et leur apprendront à considérer sans trop d'appréhension toute nouvelle grossesse.

Cependant, Jung a constaté que « 2/3 des femmes redevenues enceintes après césarienne basse ne subissent qu'une seule grossesse, mais on peut se demander si ces femmes auraient sans avoir eu d'opération césarienne, accouché quand même plus de deux fois ». Nous ne sommes plus au temps des grandes multipares.

L'avortement serait relativement fréquent : Wettervald signale 7 avortements survenus chez 5 malades sur 45 grossesses, soit 15,5 % ; Jung signale également 15,4 % d'avortements ou d'accouchements prématurés.

Des accouchements qui se font à terme, les uns se terminent *spontanément,* les autres par des *césariennes itératives.* Il est difficile d'établir un pourcentage respectif de cette fréquence qui tient pour une part à l'opinion théorique de l'accoucheur sur cette question et aussi aux indications générales d'après lesquelles est pratiquée cette opération. Il est évident, en effet, que les accouchements spontanés sont d'autant plus fréquents que la césarienne princeps est pratiquée dans un service non plus pour des indications relatives tenant à la mère ou à l'enfant, telles que l'infection amniotique ou la souffrance fœtale. C'est ce qui explique les différences entre les statistiques françaises et la statistique suisse de Jung.

Et d'abord, les césariennes itératives, sont généralement très simples. Les conditions sont dans la moitié des cas, celles de la première opération. Quelquefois le péritoine est simplement un plus plus adhérent, parfois, enfin ces adhérences limitent le décollement et obligent à prolonger l'incision sur le corps.

Les accouchements par voie basse se rencontrent avec une fréquence variable selon les auteurs :

Andérodias et Balard : 4 accouchements spontanés sur 19 grossesses itératives à termes, soit 21 %.

Phaneuf : 14 accouchements spontanés sur 189 grossesses itératives à terme, soit 7,40 %.

Reeb : 4 accouchements spontanés sur 4 grossesses itératives à terme, soit 100 %.

Hauch : 2 accouchements spontanés sur 4 grossesses itératives à terme, soit 50 %.

Hamm : Aucun accouchement spontané sur 5 grossesses itératives à terme, soit 0 %.

Jung : 70 accouchements spontanés sur 135 grossesses itératives à terme, soit 51,8 %.

Statistique collective de 23 auteurs (d'après Jung) : 23 %.

Les accouchements par les voies naturelles peuvent être répétés plusieurs fois sans danger chez la même femme :

Keller : 2 fois.

Reeb : 3 fois.

Phaneuf : 3 et 2 fois.

Balard : 2 fois.

Wettervald : 6 fois (un cas), 4 fois (un cas), 3 fois (2 cas).

Néanmoins, malgré tous ces résultats favorables, on a pu dans certains cas enregistrer quelques ruptures, Gellé en a fait la bibliographie détaillée et a pu en relever 22 observations.

Ces 22 observations de rupture ne sont pas des ruptures de la cicatrice. Chez 3 malades (obs. Opistz, Latzko et Keller) la cicatrice était intacte et la déchirure portait sur le col ou sur la partie latérale du segment inférieur. Dans six autres cas (Frantz, 2 ; Helmuth, 2 ; Freund, 1 ; Wolf, 1) ; la cicatrice qui empiétait sur le corps utérin soit par suite de déchirure à l'extraction de la tête, soit par insuffisance du segment inférieur s'était justement rompue dans la région où la cicatrice portait sur le corps de l'utérus. Enfin dans un cas (obs. Wolf) où la malade avait subi successivement une césarienne haute et une césarienne basse la

rupture se fit sur la cicatrice haute la basse restant intacte. Ces observations démontrent bien au contraire, la résistance toute spéciale de la cicatrice des césariennes basses puisque l'utérus s'est rompu sur un autre point.

Pour Gellé ces observations réduites en réalité à 18 en faisant abstraction des cas d'Opitz, Latzko, Keller et Wolf seraient à mettre en regard des 4.931 observations de césariennes basses qu'il a relevées. Il remarque, en outre que tous les cas de rupture ont du être publiés, tandis que le nombre de toutes les césariennes basses est impossible à déterminer, cependant, Greenhill évaluait en 1928 l'ensemble des césariennes basses à 25.000 (*Amer. med. journ. obst. and gyn.*, I, 1928, p. 294).

C'est en réalité une façon erronée de présenter les choses. Le pourcentage de rupture ne doit pas être calculé sur le nombre total des césariennes pratiquées, mais bien seulement sur le chiffre des femmes redevenues enceintes, qui seules en réalité, sont dans les conditions requises pour que la rupture se produise. C'est dans ce sens que devrait être faite une statistique destinée à établir mathématiquement les risques de rupture.

En réunissant l'ensemble des accouchements spontanés et des césariennes itératives, on arrive aux chiffres suivants :

Andérodias et Balard	19
Phaneuf	189
Reeb	51
Hauch	4
Hamm.	5
Jung	135
	403

Soit 403 grossesses avec une rupture (le cas de Jung-Wettervald).

Le pourcentage que l'on pourrait tirer est infiniment moindre que celui relevé pour les césariennes hautes.

Planès et Andérodias étaient en effet arrivés à 2,5 % de rupture, Morisson-Lacombe à 4 % tandis que certaines statistiques particulièrement favorables ne trouvaient que 1 %.

Cette différence tient non seulement aux meilleures conditions de cicatrisation de l'incision, mais à ce que, au cours des grossesses ultérieures, le segment inférieur ne participe pas comme la zone corporéale à l'effort violent des contractions utérines.

La rupture utérine après césarienne basse est peut-être un peu moins grave qu'après la césarienne classique.

Dans la césarienne corporéale, Holland relevait 31 décès sur 97 cas, soit 32 % de mortalité, Andérodias et Planès arrivaient au chiffre de 14 %, mais ce pourcentage portait seulement sur 8 cas de rupture. Gellé arrive pour la césarienne basse à 21,4 % de mortalité sur 14 observations.

En réalité, la guérison dépend surtout de la précocité du diagnostic et de la rapidité de l'intervention, c'est-à-dire du milieu dans lequel se fait l'accouchement.

DEUXIEME PARTIE

Les indications

Chapitre premier

DYSTOCIES PAR BASSINS RETRECIS
(sans épreuve du travail)

Indications venant du canal pelvi-génital

Rétrécissement du bassin. — Le rétrécissement du bassin est l'indication la plus ancienne et c'est aussi l'indication la plus fréquente.

C'est ainsi que Preissecka donne les chiffres suivants : 1,41 % de césariennes pour tous les accouchements et 60 % de bassins rétrécis dans les césariennes ; Hasselbbalt, 0,48 % et 79 %.

A la clinique de Milan, 0,8 % et 69 %.

A la clinique de Bordeaux toujours pendant la même période sur 2.954 accouchements, 78 césariennes, c'est-à-dire 2,6 % dont 47 pour bassins rétrécis ce qui fait 60,2 %.

Mais il y a lieu de distinguer d'une part celles qui ont été faites avant toute épreuve du travail et d'autre part celles qui ont été faites avec épreuve du travail.

1° *Avant toute épreuve du travail.* — La césarienne avant toute épreuve du travail tend à devenir de plus en plus rare. Elle n'est plus réservée qu'à deux sortes de cas. Ceux pour lesquels il est évident que le bassin par son volume

ou par sa forme empêchent le passage d'un enfant même petit et ceux pour lesquels la présentation du siège empêche de tenter l'épreuve du travail.

Quels sont les bassins qui empêchent absolument l'accouchement par les voies naturelles. Il est difficile de fixer un chiffre de diamètre promonto-sous-pubien pour lequel la césarienne prophylactique s'impose avant tout début de travail, mais ce chiffre doit être excessivement faible. Il faut un promontoire accessible de très près peut-être 6 ou 7 cm. pour exiger la césarienne d'emblée car d'autres éléments manquent et on peut avoir affaire à une tête très petite.

Les Italiens, Emilio Alfieri en particulier conseillent d'employer la césarienne avant le travail quand le bassin a un promonto-sous-pubien de 7,5 et au-dessous.

A Lyon, pour les bassins qui font moins de 8,5 de P. S. P. Il en est de même à Paris, on considère que la césarienne s'impose au dessous de 8,5.

En plus d'une limite numérique on doit tenir compte des déformations du bassin qui empêchent l'accouchement : bassins obliques assymétriques, avec un promontoire accessible à moins de 9 cm. Les faux promontoires très rapprochés.

La deuxième catégorie de cas où la césarienne s'impose d'emblée sont ceux pour lesquels l'épreuve du travail est impossible :

a) Présentation du siège qui rend impossible l'épreuve du travail ; on ne peut attendre une tête dernière pour juger de la perméabilité d'un bassin et faire une césarienne dans ces conditions.

b) Maladies maternelles qui ne permettent pas de tenter l'épreuve. Sur 11 cas de césarienne sans épreuve du travail que nous avons réunis, 7 étaient itératives. Ce sont des femmes qui ont un bassin tel qu'à chaque accouchement il faut intervenir d'emblée, mais l'échec d'une épreuve du

travail n'exige pas pour un accouchement ultérieur la césarienne d'emblée au contraire.

Toutes les fois qu'une femme a eu une épreuve du travail quelle qu'en soit la sanction, une autre épreuve du travail doit se faire pour une autre grossesse.

Les conditions de l'intervention avant tout début de travail sont telles (poche des eaux intacte) qu'on aurait pu à la rigueur employer la technique de la césarienne haute, mais nous avons vu que la valeur de la cicatrice utérine était meilleure avec la technique de la césarienne basse et c'est pour cette raison que dans ces cas là on a employé de préférence ce procédé.

Quelles sont les conditions qui ont fait intervenir d'emblée? Trois fois une présentation du siège a empêché l'épreuve du travail, le promontoire était accessible à 10 cm.

Sept fois les bassins étaient sévères avec promontoire accessible à 8,5, s'associant avec des faux promontoires accessibles très facilement ou des déformations du bassin, bassin oblique assymétrique, bassins rachitiques très rétrécis.

Enfin une fois un cas spécial, une vulvo-vaginite intense avec un bassin assez étroit (le promontoire accessible à 9 cm.) fait redouter l'épreuve du travail.

La césarienne pour bassin rétréci sans épreuve du travail se limite donc à deux catégories :

a) Bassins excessivement rétrécis ou déformés pour lesquels aucun espoir d'accouchement spontané n'est possible.

b) Epreuve du travail impossible par présentation du siège ou maladie maternelle.

Pour tous les autres bassins rétrécis s'impose l'épreuve du travail.

OBSERVATIONS DES CESARIENNES BASSES POUR BASSINS RETRECIS SANS EPREUVE DU TRAVAIL

Observation I

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci avant tout début de travail.

(Professeur Andérodias et docteur Mahon).

Mme T..., 31 ans, secondipare, décembre 1931.

En 1929, césarienne et enfant mort à un mois. La femme présente un bassin canaliculé avec un promontoire accessible à 10,5 et deux faux promontoires.

Elle a eu à six mois de sa grossesse une éventration, suite de laparotomie pour césarienne. La tête fœtale passe à travers les droits. Membranes intactes.

Césarienne basse typique *avant tout travail* sous rachianesthésie. Réfection de la paroi en trois plans.

Suites normales.

Enfant de 2 kg. 980. Bip. — 9,5 s'élevant bien.

Observation II

Césarienne basse itérative pour bassin très rétréci sans épreuve du travail.

(Docteur Mahon).

Mme J..., 22 ans, secondipare, décembre 1931.

Première grossesse en 1930, césarienne basse après épreuve du travail. l'enfant est mort à un mois d'entérite aiguë. Il pesait à la naissance 3 kg. 160.

On a affaire à un mauvais bassin, oblique, assymétrique (luxation bilatérale congénitale de la hanche). Le promontoire est facilement accessible à 8 cm. 5. La partie inférieure du canal est très rétrécie. Il existe une antéversion très marquée de l'utérus qui a une hauteur de 32 cm.

Césarienne basse sous rachianesthésie *sans épreuve du travail* (technique habituelle). Réfection de la paroi en trois plans.

Suites normales. t. 38° : deux jours.

Enfant de 3 kg. 080. Bip. — 8,2 (ayant subi un traitement spécifique parce que BW maternel douteux).

S'élève bien.

Observation III

Césarienne basse itérative sans épreuve du travail pour bassin caniculé chez une III° pare.

(Professeur Andérodias et docteur Mahon).

Mme T..., 27 ans, mars 1932.

En 1925, premier accouchement dystocique; extraction au forceps d'un enfant mort 19 jours après.

En 1928, césarienne basse après courte épreuve du travail donnant un enfant vivant de 4 kg. 140. Le promontoire est accessible à 10, 5 et deux faux promontoires à 9,5. Pas d'épreuve parce que bulbo vaginite intense.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique (les adhérences sont libérées facilement). Fermeture en trois plans, incision de l'ancienne cicatrice.

Suites favorables, rétention d'urine au deuxième jour. — Huit jours 38°: abcès de la paroi.

Enfant de 3 kg. 310. Bip. — 10,1, s'élevant bien.

Observation IV

Cesarienne basse itérative et stérilisation pour bassin rétréci.

(Professeur Andérodias et docteur Mahon).

Mme L..., 30 ans, III pare, juillet 1932.

Bassin *juxta minor*; on n'atteint pas le promontoire. HU 30; mais deux césariennes en 1922 et 1924. Hospitalisée à la clinique.

Au début du travail : césarienne basse sous rachianesthésie. Section des trompes entre deux ligatures. Paroi en trois plans.

Suites normales : 38° un jour.

Enfant de 2 kg. 730, s'élevant bien.

Observation V

Césarienne basse pour bassin rétréci chez une rachitique sans épreuve du travail.

(Professeur Andérodias).

Le bassin est canaliculé, la malade à des déformations rachitiques multiples; le promontoire est accessible à 10,5, avec deux faux

promontoires. Epreuve du travail jugée inutile. Hospitalisée à la clinique.

Césarienne basse typique au début du travail sous rachianesthésie.

Enfant de 2 kg. 700 avec un Bip. de 8,6, s'élevant bien.

Température dès le deuxième jour : 38°, 39°, 39°5.

Observation VI

Césarienne basse au début du travail, itérative pour bassin rétréci et siège complet.

(Docteur Mahon).

Mme D..., 24 ans, secondipare, octobre 1932.

En 1930 : césarienne pour bassin rétréci. Le promontoire est accessible à 10 cm.; la présentation est un siège décomplété. Hospitalisée à la clinique.

Césarienne basse sous rachianesthésie au début du travail. Opération typique. Suites très simples. Pas de température.

Enfant de 3 kg. 760 avec un Bip. de 9,4, s'élevant bien.

Observation VII

Césarienne basse pour bassin généralement rétréci et une présentation récidivante du siège.

Mme L..., 27 ans, IIIe pare, février 1933.

La malade a déjà eu deux accouchements en 1926 et en 1929, avec présentation du siège. Les enfants sont morts, l'un à la naissance, l'autre cinq jours après.

Le promontoire est accessible à 10 cm.; le travail est commencé depuis deux heures avec la poche des eaux rompue. L'épreuve du travail n'est pas possible avec la présentation.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique; paroi en trois plans.

Suites très simples.

Enfant de 2 kg. 520 avec un Bip. de 8,5, s'élevant bien.

Observation VIII

Césarienne basse pour présentation du siège après échec de version par manœuvres externes chez une femme ayant eu une luxation double de la hanche et une scoliose.

(Docteur Mahon).

Mme X..., 20 ans, avril 1933. Hospitalisée à la clinique.

Le promontoire est accessible à 10 3/4. Le sacrum est redressé,

le bassin est assymétrique du fait d'une luxation bilatérale congénitale et d'une scoliose à double courbure supérieure à concavité droite supérieure. Aplatissement du thorax gauche, saillie du thorax droit.

L'échec de la vertion par manœuvres externes met dans l'impossibilité de faire l'épreuve du travail.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie. Paroi en trois plans.

Suites très simples. 38° pendant trois jours.

Enfant de 2 kg. 700. Bip. de 9,1, s'élève bien.

Observation IX

Césarienne itérative et stérilisation pour bassin aplati et canaliculé.

(Docteur Mahon).

Mme G..., 21 ans, III° pare.

Césarienne basse en 1929 et en 1930. Hospitalisée à la clinique.

Césarienne corporéale sous rachianesthésie au début du travail; l'incision part du cul-de-sac vésico-utérin et remonte sur le corps. Suture de l'utérus en trois plans (un total à points séparés, deux surjets).

Suture de la paroi en un plan.

Suites normales.

Enfant de 3 kg. qui s'élève bien.

Observation X

Césarienne basse itérative pour bassin généralement rétréci.

(Docteur Mahon).

Mme J..., 23 ans, III° pare, janvier 1923.

La malade a déjà subi deux césariennes en 1930 et en 1931.

Césarienne basse sous rachianesthésie, étant donné ses antécédents, incision correcte du segment inférieur malgré des adhérences.

Paroi en un plan.

Suites très simples.

Enfant de 3 kg. 480, s'élève normalement.

Observation XI

Cesarienne basse itérative pour bassin rétréci au début du travail

(*bassin canaliculé P. S. P.* — 10, *faux promontoire accessible à* 9).

(Docteur Mahon).

Mme B..., 30 ans, novembre 1930.

Rachianesthésie. Segment inférieur très aminci, péritonisation atypique par suite d'adhérences, paroi en trois plans.

Enfant de 3 kg. 300. Bip. de 9,5, s'élevant bien.

Suites très simples (phlébite lors de la première césarienne).

Chapitre II

DYCTOCIES POUR BASSINS RETRECIS

(après épreuve du travail)

Bassins rétrécis avec épreuve du travail.

Mais à côté des bassins à travers lesquels il est impossible qu'un enfant passe vivant, à côté de ceux, rétrécis qui veulent la césarienne d'emblée parce que la présentation est un siège qui détruit évidemment tout espoir d'accouchement spontané, (car on ne peut pas attendre une tête dernière pour juger des rapports du bassin et du mobile), à côté de ces bassins il existe toute une série de cas avec présentation céphalique et pour lesquels on ne saurait dire à l'avance si l'accouchement sera spontané ou non. Pour ceux là une ligne de conduite s'impose : c'est l'épreuve du travail.

Quels sont ces bassins ?

Pour l'école lyonnaise ce sont les bassins sévères c'est-à-dire les bassins généralement rétrécis, aplatis, rétrécis annelés de moins de 9 cm. de diamètre utile, les bassins plats de moins de 8,5 cm. de conjugué vrai, les bassins qui tout en ayant un diamètre antéro-postérieur utilisable présentent à l'examen des déformations de l'excavation telles que faux promontoires ou encore ceux dont l'arc antérieur a subi des déformations de l'excavation telles que faux promontoires ou encore ceux dont l'arc antérieur a subi des déformations telles que l'adaptation du pole céphalique doit s'en trouver fortement gêné et enfin les bassins dassymétrie

forte, qui exigent la césarienne d'emblée. Au-dessus de ces dimensions on doit faire l'épreuve du travail.

Pour l'école parisienne. — Portes dans une leçon orale à Baudelocque déclarait que : au-dessous de 8,5 cm., de P. S. P. minimum il faut faire une césarienne ; que au-dessus de 9,5 cm. l'accouchement se passe bien dans 90 % des cas et enfin entre 8,5 cm. et 9,5 cm. c'est un bassin limite ; c'est le bassin qui exige l'épreuve du travail (en tenant compte qu'un promontoire élevé assombrit le pronostic parce que pour obtenir le diamètre utile il faut retrancher la distance dont le promontoire est trop élevé).

En réalité, il est bien difficile de traduire par des chiffres les conditions que doivent remplir les bassins pour être limités. Rien n'est mathématique en obstétrique. C'est surtout un rapport qu'il faudrait établir et dans ce rapport des données manquent : les dimensions exactes de la tête, des circonstances sont imprévisibles : la façon dont vont être les contractions par exemple.

L'épreuve du travail précisément permet d'attendre ces données-là. Des bassins au-dessous de 8 cm. 5 accouchent spontanément ; des bassins au-dessus de 9 cm. 5 exigent quelquefois une césarienne.

Aussi à Bordeaux, nos observations montrent qu'on a fait l'épreuve du travail sans tenir compte absolument de données mathématiques, mais plus simplement toutes les fois qu'avec une présentation céphalique on avait un promontoire trop facilement accessible au doigt ou un bassin déformé qui rend impossible l'affirmation exacte des rapports de la tête et du bassin.

Réservant la césarienne d'emblée aux bassins tellement rétrécis que l'épreuve était inutile ou aux cas qui, en plus d'un rétrécissement, avaient une présentation du siège.

L'Épreuve du travail.

Ainsi donc l'épreuve du travail paraît indispensable pour juger de la perméabilité du bassin, qu'il s'agisse de bassin

limite aplati ou généralement rétréci, de bassin de boiteuses ou de bossues dystociques par le rachitisme surajouté avec présentation du sommet. Elle se justifie chez les multipares lorsque :

1° L'accouchement antérieur a été difficile avec enfant mort.

2° Lorsqu'une très grande multipare a eu alternativement des enfants morts ou vivants et qu'il y a lieu de redouter la rupture d'une cicatrice du segment inférieur ou la souffrance fœtale.

Elle permet d'éviter un grand nombre d'opérations césariennes inutiles. En effet, on constate actuellement que 25 % des femmes qui auraient subi une césarienne avant épreuve du travail accouchent naturellement (Bar). Elle nécessite pour la pratique un centre chirurgical adapté, car elle doit se faire sous surveillance de tous les instants; certaines conditions maternelles doivent être remplies, les affections cardiaques, l'albuminurie étant des contre-indications ainsi que la température au début du travail (38°). Du côté du fœtus, on doit avoir un enfant vivant ; dans le cas contraire, la césarienne n'est pas indiquée ; on ne doit pas avoir de souffrance fœtale, ce qui impliquerait l'intervention immédiate.

Il faut savoir la façon dont il y a lieu de diriger l'épreuve du travail et de saisir le moment au cours de cette épreuve que l'on peut appeler le moment de la décision.

L'épreuve du travail peut se terminer de deux façons : ou bien l'accouchement est spontané, ou bien il ne l'est pas et la césarienne basse en est la sanction. Nécessaire toutes les fois qu'il est impossible d'apprécier exactement les rapports de la tête et du bassin, elle conduit en cas d'échec à une intervention chirurgicale.

Pendant l'épreuve du travail, on aura besoin de savoir :

1° Si le bassin peut laisser passer le fœtus.

2° A quel moment il convient de se décider : *a*) Pour avoir le plus grand nombre de garanties pour la mère et

pour le fœtus ; *b*) Pour avoir la certitude de ne pas faire une intervention inutile.

Il faut donc rechercher les éléments qui permettent de prévoir si l'accouchement se fera ou non spontanément et ceux qui permettent de traduire dans des mesures humainement possibles le danger pour la mère et pour l'enfant.

Le but de l'épreuve du travail est d'obtenir le plus d'accouchements spontanés possibles dans les cas dystociques, à cause des dangers opératoires qui sont tout de même plus importants que ceux de l'accouchement naturel.

Cela ne veut pas dire que plus la dystocie est grande plus l'épreuve du travail doit être longue, ce qui assombrirait le pronostic chirurgical dans les cas où on est obligé de recourir à l'intervention.

Il faut surveiller l'épreuve et apprécier les éléments qui vont permettre de juger; nous allons voir comment on y arrive.

Kreis, dans un article de la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique* de novembre 1933, expose et défend sa méthode d'épreuve du travail avec emploi de la rupture artificielle des membranes à dilatation peu avancée et traitement antispasmodique qui permet de juger plus rapidement par la marche de la dilatation et par l'engagement ; il rappelle l'opinion d'Odagesco en 1926 : à dilatation complète et rupture artificielle des membranes, si après la rupture la tête ne s'engage pas et reste bloquée au détroit supérieur, on fera une césarienne basse.

En cas de rupture prématurée sans progression de la dilatation, sans engagement : césarienne.

Frey (Zurich), pour juger d'une épreuve du travail, se base sur le nombre de contractions utérines. Sa méthode repose sur le nombre de contractions utérines qu'il faut pour l'évolution spontanée de l'accouchement dans les différentes conditions obstétricales (bassin normal, bassin rétréci, avec rupture spontanée à dilatation complète, avec rupture spontanée prématurée ou précoce). Il a établi des

chiffres empiriques du nombre de contractions que demande un accouchement dans ces différentes conditions. Il a établi un chiffre maximum, un chiffre critique. Dans une épreuve du travail, il compte le nombre de contractions et quand le chiffre de la catégorie est atteint, il n'existe plus de chances d'évolution heureuse pour la mère et pour l'enfant. Il faut recourir à la césarienne. Ce chiffre indique par conséquent le moment de l'intervention.

Cette méthode séduisante, puisqu'elle s'adresse aux contractions et à leur nombre qui est en rapport étroit avec l'accouchement, est sur le point d'acquérir la faveur de certains auteurs allemands et suisses.

Frey ne compte les contractions qu'à partir de la rupture des membranes ; si la rupture est spontanée avant dilatation complète, la dilatation nécessite pour se parfaire 150 à 175 contractions aussi bien pour un bassin rétréci que pour un bassin normal.

Le nombre s'élève à 200 quand il s'agit d'une rupture prématurée des membranes.

Pour la durée du travail (à partir de la rupture spontanée de la poche au cours de la dilatation jusqu'à l'expulsion de l'enfant) :

Avec rupture spontanée en cours de dilatation. 150 à 200
Avec rupture prématurée ..... 200 à 250

Selon lui, l'épreuve du travail est à abandonner si l'enfant n'est pas né après 200 contractions depuis la rupture spontanée.

Cette méthode mathématique ne tient compte ni du fait que l'épreuve du travail ne remplit pas les conditions physiologiques idéales d'un accouchement normal, ni de la valeur des contractions ; c'est être plus mathématique, mais c'est avoir tort au point de vue biologique ; le travail obstétrical est une résultante de deux forces : la contraction d'une part, la résistance d'autre part. La qualité des contractions, et non seulement le nombre, entre en jeu.

Keller, partisan de la rupture artificielle des membranes

et du traitement antispasmodique, étend et limite l'épreuve à vingt-quatre heures, pour éviter les épreuves trop longues d'une part, trop courtes d'autre part.

Kreis prétend qu'à condition de rompre la poche des eaux dans la première phase du travail à petite palmaire (pour établir le plus tôt possible un contact de la tête fœtale avec le bassin), à condition de faire le traitement antispasmodique (pour assurer le mieux possible une fonction physiologique des phénomènes musculaires), on peut reconnaître au bout de 6, 8, 10 heures au maximum si l'accouchement peut se faire par voie vaginale ou s'il faut recourir à une césarienne.

Kreis rompt artificiellement les membranes à petite dilatation, et de la marche de la dilatation il conclut de la gravité de la dystocie. Si les conditions sont mauvaises, il n'y a rien à espérer, mais alors la tête appliquant mal fait que la dilatation progresse lentement. Le temps que met à se faire la dilatation après rupture permet donc de juger. L'engagement doit se faire en dix heures à partir d'une petite dilatation, en quatre heures à partir d'une grande dilatation, en deux heures après la dilatation complète.

Si l'on a affaire à une *rupture prématurée ou précoce des membranes,* les conditions changent, car cette rupture est un signal avertisseur ; elle indique soit une insertion anormale des membranes au segment inférieur avec répercussion sur son développement, soit une anomalie primitive dans l'effacement du segment avec répercussion sur la poche ; de toute façon, au prix d'un effort, la nature se débarrasse des membranes devenues inutiles. Il ne faut donc pas mettre sur le même plan rupture artificielle et rupture prématurée.

C'est avec les ruptures prématurées des membranes qu'il y a le plus important pourcentage d'échec d'épreuve du travail. Dans ces cas, si l'on n'obtient pas l'achèvement de la dilatation en l'espace de dix heures, on ne l'obtient pas en la prolongeant au delà sans s'exposer à des complications.

L'avantage de la rupture artificielle des membranes, c'est qu'elle permet de mieux juger de l'épreuve du travail parce que la tête, en s'appliquant sur le col dans les cas où c'est possible, où donc la dystocie n'est pas irrémédiable, fait avancer cette dilatation et alors l'épreuve du travail se juge seulement sur la dilatation, les autres facteurs intermédiaires ayant disparu.

Cette rupture artificielle permet même un jugement rapide parce que, quand on rompt la poche à petite dilatation en face d'une tête mobile, la tête se substitue à la vacuité créée par la disparition du liquide amniotique.

Le volume de ce liquide peut être nul, il peut être important. Le degré de plongée de la tête doit être proportionnel à son volume. Cette plongée donne lieu à un engagement si le bassin le permet. Si on laisse intactes les membranes, la tête ne s'engagera qu'à dilatation complète, et membranes rompues. Il en résultera, si cette dilatation traîne, un accouchement inutilement long, sans qu'on puisse évaluer la dystocie.

L'épreuve sera compromise par l'épuisement relatif du muscle utérin. En cas de dystocie, le travail aura été trop long pour aboutir au diagnostic et l'intervention perdra des chances de succès.

La rupture artificielle des membranes permet donc un diagnostic de dystocie meilleur, mais elle doit être associée à un traitement antispasmodique, car il ne doit pas y avoir non plus violence sur l'orifice externe : engagement et dilatation exigent un travail physiologique non violent. Cette méthode va à l'encontre de l'épreuve du travail prolongée en stimulant les contractions. Elle permet d'avoir des règles assez précises.

Les variétés cliniques peuvent se classer ainsi :

1° Après la rupture, la tête mobile s'engage, la dystocie n'est pas effective, l'intervention chirurgicale ne s'impose pas.

2° Après rupture, la tête prend contact avec le détroit

supérieur à mesure que la dilatation progresse normalement, la tête plonge, la dilatation normale ne dépassant pas 4, 6 heures, le diagnostic sera acquis avant 10 heures.

3° Après rupture et traitement antispasmodique, la dilatation n'avance pas dans le délai physiologique, mais elle avance, la tête s'engage progressivement ; l'épreuve peut être prolongée ; passé dix heures, on doit intervenir.

4° Après rupture et malgré traitement antispasmodique, la dilatation reste stationnaire ; la tête restant mobile, on ne doit pas prolonger l'épreuve.

5° Après rupture et traitement antispasmodique, la dilatation reste stationnaire, mais la tête est engagée. Il n'y avait pas de dystocie osseuse, mais dystocie des parties molles (cas rares).

6° La dilatation est complète normalement, la poche des eaux rompue. La tête doit s'engager dans les quatre heures qui suivent, sinon on doit intervenir.

7° Après rupture, en quatre-six heures la dilatation s'est complétée, cependant la tête reste mobile. L'épreuve ne doit pas dépasser deux heures.

La rupture artificielle des membranes permet donc d'obtenir des cas plus nets et de juger plus rapidement si le mobile passera ou non dans le bassin. En somme, il suffit de voir alors si l'engagement et la dilatation se font ensemble et progressivement, auxquels cas l'accouchement se fera spontanément ; en cas contraires, la sanction sera la césarienne.

On peut reculer à faire une rupture artificielle assez précoce devant l'augmentation des risques d'infection, mais c'est précisément le grand avantage de la césarienne basse de permettre de bonnes suites opératoires dans ces cas-là

Si on laisse se faire la dilatation complètement sans rompre les membranes, une fois arrivé à dilatation complète et la poche des eaux étant rompue, c'est l'engagement qui va faire juger de l'épreuve ; s'il ne se fait pas dans les heures qui suivent (2 ou 3), on doit intervenir.

En résumé, ce sont les modalités de la dilatation et de l'engagement qui vont faire juger d'une épreuve du travail.

Il reste à juger la souffrance fœtale qui oblige à intervenir avant que l'on soit fixé sur la possibilité mécanique de l'accouchement. Les difficultés d'un accouchement ne sont pas une excuse valable pour justifier le traumatisme ou la mort d'un nouveau-né, l'art obstétrical a le devoir de contourner les difficultés pour donner à la mère un fœtus vivant. Or si l'enfant est biologiquement adapté à des conditions physiologiques du travail, il n'est pas complètement armé contre les traumatismes dépassant la mesure physiologique.

Les modifications du bruit du cœur fœtal traduisent la souffrance, mais c'est surtout l'expulsion de méconium, plus précoce et plus facilement vérifiable, qui l'indique (c'est encore un argument pour la rupture des membranes).

Dès qu'on aura reconnu la souffrance fœtale, on devra réduire les contractions par l'emploi d'antispasmodiques.

Si les signes augmentent, il faut intervenir par césarienne pour éviter à l'enfant l'asphyxie ou des lésions cérébro-spinales.

A la clinique de Bordeaux, la césarienne basse a été employée, de novembre 1930 à novembre 1933, 27 fois avec épreuve du travail pour des bassins rétrécis, seuls, et 9 fois pour des bassins rétrécis associés à une dystocie provenant du mobile.

Toutes ces césariennes n'ont pas eu lieu dans les mêmes conditions, aussi doit-on les classer. Ces femmes en travail sont plus ou moins infectées et nous nous trouvons en présence d'un certain nombre de facteurs qui doivent entrer en ligne de compte dans l'évaluation du degré d'infection et qui vont nous permettre de tenter une classification.

Ces facteurs sont les uns étiologique, les autres cliniques.

1° *Facteurs étiologiques de l'infection.*

a) *Le temps écoulé depuis le début du travail.* — Son importance est grande, surtout s'il n'est pas jugé à titre de facteur isolé. Sa valeur est fonction des autres conditions. En particulier, lorsque l'œuf est ouvert, la longueur du travail devient un facteur défavorable, non seulement à dater de la rupture des membranes, mais à dater des premières contractions du travail.

b) *Rupture des membranes.* — Son importance existe et la notion « temps » devient capitale. Dans la règle, dès que l'œuf est ouvert, le nombre des cas infectés augmente en fonction du temps. Cependant, l'intégrité des membranes n'implique pas nécessairement la stérilité de l'œuf. Les études bactériologiques de Risacher ont montré que le liquide amniotique contenu dans l'œuf intact était au cours du travail septique dans le quart des cas. Inversement, l'infection peut rester quasi nulle ou atténuée longtemps après l'ouverture de l'œuf. Cette éventualité est assez fréquente lorsque la rupture des membranes s'est produite au début du travail.

c) *Touchers pratiqués depuis le début du travail.* — Chaque toucher est dangereux, car il est impossible, en dépit des précautions prises, de ne pas entraîner vers le col les éléments plus ou moins septiques contenus dans le vagin Cependant, les touchers pratiqués avec les précautions habituelles d'asepsie sont beaucoup moins à redouter que les touchers peu soigneux. A cet égard, on doit considérer comme extrêmement suspects les touchers pratiqués en dehors du service.

d) *Tentatives d'extraction par voie basse.* — A plus forte raison, elles sont à craindre : prises de forceps, incision du col, essais de dilatation manuelle. Ces manœuvres apportent à l'intérieur même de la cavité ovulaire des germes septiques.

e) *Degré de dilatation.* — Lorsque l'infection existe, la

septicité augmente avec le degré de dilatation (Risacher).

f) Etat des voies génitales. — Toute leucorrhée suspecte est susceptible d'être le point de départ d'une infection ovulaire.

g) La moindre résistance de la femme en travail a pu être invoquée comme circonstance favorisante.

2° *Facteurs cliniques de l'infection.*

a) *L'élévation de la température* est de première importance. Sans doute l'apyrexie n'implique pas l'absence d'infection, mais elle reste un élément très rassurant.

b) *L'accélération du pouls,* est non moins important. Sa valeur primerait pour Kreis celle de l'élévation thermique.

c) *L'état général* peut rester bon si l'infection est légère; l'atteinte de l'état général, les frissons, la sécheresse de la langue sont des symptômes de haute gravité.

d) *L'état général du liquide amniotique* est un élément de grande valeur ; le liquide épaix, verdâtre et surtout fétide est un facteur de gravité.

Ces facteurs nous ont permis de tenter une classification et nous distinguons trois groupes de cas :

1° Cas dans lesquels la dystocie était prévue, pour lesquels ont était décidé à l'avance à faire l'épreuve du travail, épreuve du travail qui a eu lieu complètement à la clinique sous surveillance. Ce sont des *cas purs* sans infection préalable possible avec poche des eaux intacte ou rompue artificiellement depuis peu de temps.

2° Ceux ensuite qui *sont douteux,* c'est-à-dire des femmes qui ont fait le début de leur travail chez elles avec des touchers plus ou moins aseptiques et qui n'ont été amenées à la clinique que tardivement quand les médecins ou les sages-femmes se sont aperçus que l'accouchement ne pouvait pas se faire normalement. Avec la poche des eaux rompue depuis un certain temps et un col assez dilaté.

3° Enfin une troisième catégorie, celle des cas *franchement impurs.* Ce sont des femmes, avec la poche des eaux

rompue depuis longtemps, qui ont subi des touchers fréquents ou pour lesquelles on a tenté des applications de forceps ou pour lesquelles les facteurs cliniques interviennent : température à 38°, accélération du pouls, état général, état du liquide amniotique.

Les résultats sont évidemment différents selon les cas. Pour les cas purs qui sont du nombre de 21, 13 ont eu des suites absolument apyrétiques ; 4 ont eu une température de 38° pendant deux jours, une pendant six jours et enfin une malade a fait une broncho-pneumonie ; aucune n'est morte.

Nous trouvons dans la deuxième catégorie 8 *cas douteux :* 3 de ces femmes ont eu des suites absolument apyrétiques, 3 ont eu 38° pendant deux jours, une a eu un abcès de la paroi et enfin une malade est morte de péritonite secondaire.

Dans la troisième catégorie, nous avons 5 cas. Aucune de ces femmes n'a eu de suites opératoires absolument apyrétiques ; deux ont eu 38° pendant deux jours, une phlébite, un abcès de la paroi et une broncho-pneumonie ; une de ces malades est morte de septicémie.

La césarienne basse donne donc la possibilité de faire l'épreuve du travail chez une femme pour laquelle on ne peut pas avoir la certitude qu'elle accouchera par les voies naturelles. Elle a supplanté l'application de forceps au détroit supérieur, l'accouchement prématuré provoqué, la basiotripsie. La ligne de conduite semble nette. Quand il est difficile d'établir avec suffisamment de précisions le rapport qui existe entre la tête fœtale et celle du bassin, on pratiquera systématiquement l'épreuve du travail et on attendra le résultat. C'est évident, c'est ce qu'il faut faire dans un milieu chirurgical outillé, entraîné comme la clinique de Bordeaux, mais que faut-il faire à la campagne loin d'un pareil centre? Lorsqu'il y a doute pendant la grossesse sur la possibilité d'un accouchement normal, il faut envoyer la malade faire son épreuve du travail surveillé

dans un milieu habitué. On risque au plus que la femme accouche normalement.

Mais lorsque le médecin n'a pas vu sa malade pendant sa grossesse ou lorsqu'il n'a pas prévu la dystocie ; lorsqu'il est tout seul dans le fond de la campagne avec un bassin rétréci pour permettre, semble-t-il, le passage d'une tête fœtale, que va-t-il faire ?

La ligne de conduite est moins nette, plus discutable. Cependant, il nous paraît que la femme ne risque pas trop à être transportée en automobile assez loin en travail, la poche deseaux rompue, pour subir une césarienne. La césarienne basse permet là encore de bons résultats. Ce sont des cas de cet ordre que nous avons classés dans notre troisième catégorie.

On voit toute l'importance de l'épreuve du travail et les conséquences qu'elle entraîne. Les cas d'épreuve du travail augmentent tous les jours, les cas de césarienne diminuent parce que bon nombre de femmes chez lesquelles on aurait fait une césarienne accouchent maintenant spontanément ou par application de forceps au cours d'une épreuve du travail. C'est là le grand progrès réalisé : pouvoir intervenir seulement quand on est sûr que l'accouchement ne se fera pas par les voies naturelles sans craindre d'infection du fait de la rupture de la poche des eaux.

OBSERVATIONS DES CESARIENNES BASSES POUR BASSINS RETRECIS, APRES EPREUVE DU TRAVAIL

Observation XII

Césarienne basse pour bassin généralement rétréci au début du travail.

Mme Ad..., 26 ans, primipare, juin 1931.

La malade à terme est de petite taille (1 m. 35), elle présente des segments de membres très courts. Membres supérieurs pendant

le long du corps, les doigts arrivent seulement aux grands trochanters.

Membres inférieurs : très courts, avec les fémurs en parenthèse, et les tibia incurvés; les doigts et les orteils sont épais et courts, L'utérus a 35 cm. la tête fœtale est mobile au détroit supérieur et déborde nettement en avant de la symphise. Le promontoire est accessible à 10 cm. Quatre heures après le début du travail, le col étant dilaté comme deux francs, et la *poche des eaux intacte*, on intervient.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique; réfection de la paroi en trois plans.

Suites normales.

Enfant de 3 kg. 700. Bip. de 10, s'élevant bien.

Observation XIII

Césarienne basse itérative au début du travail pour bassin rétréci et procidence du cordon.

Mme L..., 27 ans, août 1931.

En 1928, césarienne pour bassin rétréci et procidence du cordon; enfant décédé deux jours après.

En 1929, césarienne basse; enfant vivant.

Le promontoire est accessible à 10 cm. 5. Le bassin canaliculé, il existe de faux promontoires sacrés extrêmement saillants. Au début du travail, la dilatation est à un franc, la tête est élevée et il y a une anse du cordon procidente.

La procidence augmente, les bruits du cœur faiblissent; on intervient.

Anesthésie générale à l'éther (on craint que la réaction due à la rachianesthésie n'augmente la compression du cordon). Il existe de *nombreuses adhérences* du péritoine utérin et pariétal d'où une incision transversale du péritoine épaissi et longitudinale du segment inférieur.

Sutures atypiques : 1° plan musculaire à points séparés; 2° plan musculaire à surjet. Deux plans péritoniaux superposés longitudinaux, le dernier allant chercher du péritoine jusqu'au niveau des ligaments ronds. Suture de la paroi en trois plans.

Suites normales.

Enfant de 3 kg. 300. Bip. de 8,5, s'élevant bien.

Observation XIV

Césarienne basse chez une primipare à bassin rétréci pour non engagement, rupture prématurée des membranes. Infection amniotique.

Septicémie à allure très grave d'emblée (streptocoque hémolytique, sérum de Vincent, 900 cc.). Mort de la mère au douzième jour.

(Octobre 1933).

Mme R.., 21 ans, primipare.

Les membranes sont rompues depuis plusieurs heures. Début du travail depuis 16 heures, dilatation depuis 5 heures. Une bosse séro-sanguine gêne pour atteindre le promontoire. Les bruits du cœur s'entendent; la température est de 38°.

Césarienne basse typique, une demi-heure après son entrée à l'hôpital.

Vingt-quatre heures après l'intervention, frissons violents; la température monte à 40° et monte progressivement les jours suivants pour atteindre 40°8 le douzième jour; hémoculture positive de streptocoque hémolytique. Injection de 900 cc. de sérum et mort au douzième jour.

Observation XV

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail, enfant mort le lendemain.

(Septembre 1933).

Mme S..., 31 ans, primipare.

Promontoire accessible. Début du travail à minuit, rupture des membranes à 6 h. 30. Dilatation complète à 16 h.; bruits du cœur.

Mais la tête reste élevée au-dessus du détroit supérieur; le promontoire est facilement accessible.

La température s'élève brusquement à 38° 8. Césarienne basse typique à 16 h. 30.

L'enfant est étonné, long à ranimer; il pèse 2 kg. 500 avec un Bip. de 9. L'enfant après une séries de crises de cyanose, meurt trente-six heures après.

Observation XVI

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail et infection amiotique.

Mme T..., 30 juin, primipare, juin 1931.

Le promontoire est accessible à 10 h. 1/2. La tête est élevée débordant légèrement.

Epreuve du travail de vingt-huit heures. Les membranes sont

rompues depuis vingt-quatre heures. Le col est dilaté à deux francs, épais mais souple, et reste stationnaire. La tête reste élevée, le pouls est à 100, la température à 38° 5 (infection amiotique).

Césarienne basse sous anesthésie générale à l'éther après échec de la rachianesthésie. Technique habituelle. Le dégagement de la tête est un peu laborieux. Température : 38°, deux jours.

Suture en 3 plans; *abcès de la paroi* nécessitant une suture secondaire.

Enfant étonné de 3 kg. 640. Bip. de 9,5, s'élevant bien.

Observation XVII

Césarienne basse pour non engagement de la tête fœtale dans un bassin retréci.

(Docteur Mahon).

Mme P..., 23 ans, primipare, décembre 1932.

La femme est en travail depuis plus de vingt-quatre heures chez elle, avec la poche des eaux rompue depuis le début; la dilatation est complète, mais la tête reste au détroit supérieur, une bosse sero-sanguine plonge dans l'excavation; les bruits du cœur sont lointains et mous. Température, 37°5; pouls, 87.

Césarienne basse sous rachianesthésie gênée par une vessie énorme qu'on est obligé de ponctionner. Péritonisation atypique avec lambeau supérieur en Y renversé. Suites avec *phlébite.*

Enfant de 3 kg. 800 avec un Bip. de 9, 6 s'élevant bien.

Observation XVIII

Césarienne basse pour contracture utérine avec bassin légèrement rétréci.

(Docteur Mahon).

Mme D..., 23 ans, primipare, février 1931.

La malade entre à l'hôpital en travail depuis trente-six heures, avec rupture des membranes au début du travail; tête non engagée mais non débordante, volumineuse bosse séro-sanguine.

Césarienne basse sous rachianesthésie, technique habituelle, dégagement de la tête laborieux.

Sutures habituelles en trois plans, *abcès de la paroi*

Suites favorables.

Enfant de 3 kg. 500. Bip. de 8,8, s'élevant bien.

Observation XIX

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail.

Mme R..., 21 ans, primipare, octobre 1931.

Le promontoire est accessible à 10 cm. 5. La poche des eaux est rompue depuis vingt-quatre heures. La dilatation est à 5 francs. La tête déborde légèrement. Les contractions sont notoirement insuffisantes; la température est à 37° 5.

Césarienne basse sous rachianesthésie; opération typique. Suites : bronchopneumonie.

Suites favorables.

Enfant de 3 kg. 300, s'élevant bien.

Observation XX

Césarienne basse au cours d'une épreuve du travail pour bassin canaliculé.

(Docteur Mahon).

Mme D..., 38 ans, II° pare, avril 1932.

La malade a eu quatre grossesses, deux avortements, un accouchement au forceps à la partie supérieure de l'excavation; après dilatation manuelle, sous rachianesthésie d'un enfant de 2 kg. 700, et l'actuelle.

Le bassin est canaliculé, le promontoire accessible à 10 cm. 5; l'utérus a une hauteur de 34 cm.

Epreuve du travail à la clinique.

Après dix-sept heures d'épreuve du travail, les membranes rompues depuis huit heures, la dilatation se fait mal et reste stationnaire à 2 francs. L'enfant paraît plus gros que son devancier, HU — 34; les bruits du cœur deviennent sourds.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique. Réfection de la paroi en un plan.

Enfant de 3 kg. 450. Bip. de 9,5, s'élevant bien.

Observation XXI

Césarienne basse avec courte épreuve du travail pour bassin généralement rétréci.

Mme D..., 36 ans, primipare, août 1931.

Le promontoire est accessible à 10 cm. 5. En travail depuis vingt-quatre heures, la malade a perdu les eaux depuis vingt heures. Le

col est dilaté à deux francs. La tête fœtale est haute non engagée et semble arrêtée par un promontoire assez aigu et saillant.

La situation est toujours au même point depuis trois heures.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie.

Suites normales. Température, 38° deux jours.

Enfant de 2 kg. 930 avec deux circulaires du cordon autour du cou. S'élevant bien.

Observation XXII

Césarienne basse itérative pour bassin généralement retréci au début du travail.

(Docteur Mahon).

Mme L. S..., 26 ans, II° pare, novembre 1931.

Le promontoire est accessible à 10 cm. Césarienne en 1930. Hospitalisée à la clinique.

La malade est en travail depuis deux heures. La tête déborde nettement et ne paraît avoir aucune tendance à s'adapter au détroit supérieur. Les membranes sont rompues prématurément depuis dix-huit heures. Température, 36° 2.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie; paroi en un plan aux bronzes.

Suites : 38° pendant 6 jours. Lymphangite au dixième jour.

Enfant de 3 kg. 350. Bip. de 9, s'élevant facilement.

Observation XXIII

Césarienne basse après tentative de forceps au-dessus du détroit supérieur (paralysie faciale, durable de l'enfant).

(Docteur Mahon).

Mme F.., 28 ans, II° pare, juillet 1933.

En 1932 : Basiotripsie sur l'enfant mort. Pour l'accouchement actuel, un médecin a tenté une application de forceps au-dessus du détroit supérieur.

La tête reste élevée, déborde nettement sans aucune tendance à l'engagement; le promontoire est accessible à 10 cm. 5.

Température, 38° avant l'intervention.

Césarienne basse typique, sous rachianesthésie; 39° pendant deux jours.

Enfant de 4 kg. 200 avec un Bip. de 10.5 qui présenta une paralysie faciale durable.

Observation XXIV

Césarienne basse pour souffrance fœtale chez une primipare âgée avec bassin rétréci.

(Docteur Mahon).

Mme M..., 33 ans, primipare, avril 1933.

La malade vient de chez elle en travail. Le promontoire est accessible à 10 cm. 5; la malade est en travail depuis plusieurs heures, le col est dilaté comme petite palmaire, la tête est élevée, les bruits du cœur lents et sourds. La poche des eaux est rompue depuis trois heures.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie, paroi en un plan.

Suites normales.

Garçon de 3 kg. 780 avec un Bip. de 10,1 qui s'élève bien.

Observation XXV

Cesarienne basse pour bassin légèrement rétréci et non engagement de la tête fœtale.

(Docteur Mahon).

Mme C..., 30 ans, primipare, juillet 1933.

Hospitalisée à la clinique. *Après vingt-quatre heures de travail*, la tête reste élevée, la dilatation stationnaire à grande palmaire; la poche des eaux rompue depuis cinq heures, le promontoire est accessible à 11 cm.

Avant : 37° 6.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie.

Suites immédiates simples.

Enfant de 3 kg. 800. Bip. de 9,1, s'élevant bien.

Observation XXVI

Césarienne basse pour non engagement de la tête fœtale dans bassin rétréci après épreuve du travail. Brièveté absolue du cordon (18 cm.)

(Docteur Mahon).

Mme G..., 22 ans, secondipare, décembre 1932.

En 1930, premier accouchement d'un enfant de 2 kg. 900 avec un Bip. de 8,9. Vient de chez elle.

Le promontoire est accessible à 11 cm. Après trente-trois heures de travail la dilatation est complète, la tête est au détroit supérieur débordant légèrement, grosse bosse sero-sanguine. Les membranes sont rompues depuis plusieurs heures.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique.

Suites très simples. 37° 8, un jour.

Le cordon a 18 cm.; l'enfant pèse 3 kg. 620 avec un Bip. de 9,5, s'élève bien.

Observation XXVII

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail.

Mme A..., 20 ans, janvier 1931.

Promontoire à 10 cm. Rupture prématurée des membranes à terme le 14 à minuit.

Début du travail le 14 à 8 heures.

12 h. — Quatre heures après, méconnium, bruits du cœur sourds.

14 h. — Six heures après, dilatation du col sur lequel rien n'appuie.

16 h. — Huit heures après, contracture, morphine, dilatation stationnaire.

19 h. — Onze après, la contracture cesse.

8 h. — Vingt-quatre heures après, dilatation grande palmaire, tête débordant, élevée.

Césarienne basse rachianesthésie, technique habituelle.

Suites normales. Température, 38° pendant deux jours.

Enfant de 3 kg. 400. Bip. de 10, s'élevant bien.

Observation XXVIII

Césarienne basse pour bassin légèrement rétréci, après épreuve du travail, entre à l'hôpital pour intoxication gravidique; promontoire accessible de loin.

Mme J..., 28 ans, primipare, décembre 1930.

Après rupture des membranes et dilatation complète la tête reste élevée, débordant légèrement. Une heure après on intervient : rachianesthésie; césarienne basse typique, mais empiètant légèrement sur le corps. Péritonisation en Y renversé et fixation haute de la vessie.

Enfant de 3 kg. 745 Bip : 10 s'élevant bien.

Suites favorables, mais broncho-pneumonie et abcès de la cuisse.

Dix-huit mois après, au terme d'une deuxième grossesse, la malade est accouchée à la campagne par un médecin qui fait une application

de forceps au détroit supérieur : enfant mort. Rupture du segment inférieur; la malade entre à l'hopital Boursier en début de péritonite. Hystérectomie, Mickulicz, guérison.

Observation XXIX

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin canaliculé.

(Docteur Mahon).

Mme D..., secondipare, septembre 1932.

En 1925, première grossesse : deux jumeaux, morts l'un en naissant l'autre le lendemain (accouchement prématuré). Promontoire accessible à 10 cm.5. Hospitalisée à la clinique.

Epreuve du travail de dix heures; la dilatation est complète, mais au bout de deux heures de période d'expulsion, la tête reste au-dessus du détroit supérieur. Les membranes sont intactes.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie.

Suites normales. Pas de température.

Enfant de 3 kg. 900. Bip. de 9,4, s'élèvant bien.

Observation XXX

Césarienne basse pour bassin légèrement rétréci, longueur du travail et non engagement de la tête fœtale.

(Docteur Mahon).

Mme C..., 25 ans, primipare, mars 1933.

Hospitalisée à la clinique. Le promontoire est accessible à 11 cm. environ. Après quarante heures d'épreuve du travail, la dilatation est stationnaire, à petite palmaire depuis douze heures; la tête reste élevée; la situation ne change pas malgré une rupture artificielle des membranes.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique, lymphangite mamaire.

Enfant de 3 kg. 760 avec un Bip. de 10 qui s'élève bien.

Observation XXXI

Césarienne basse pour bassin rétréci et souffrance fœtale.

(Docteur Mahon).

Hospitalisée à la clinique. Le promontoire est accessible à 10,5,

Après 26 heures de travail, le col reste dilaté à 5 fr., malgré une rupture artificielle des membranes et les bruits du cœur deviennent sourds et ralentis.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie.

Suites normales.

Enfant de 3 kg. 640 avec un B ip. de 9,5 et qui crie aussitôt.

Observation XXXII

Mme N..., 21 ans, primipare.

Césarienne basse pour *bassin rétréci et non engagement* de la tête fœtale.

Le promontoire est accessible de loin. Après 24 heures d'épreuve du travail, la tête ne s'engage pas, la dilatation est stationnaire à 5 fr., malgré une rupture artificielle des membranes.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie. Suites très simples.

Enfant de 3 kg. 800. Bip. 10,2. S'élevant bien.

Observation XXXIII

Césarienne basse pour bassin rétréci après epreuve du travail.

(Docteur Mahon).

Mme S..., 26 ans, primipare, décembre 1931.

Hospitalisée à la clinique. Le promontoire est accessible très loin, mais un faux promontoire est accessible en haut. L'abdomen est très volumineux et l'on fait le diagnostic d'hydramnios pendant la gestation.

Après 12 heures de travail la dilatation est complète, on rompt les membranes artificiellement, mais après 2 heures de période d'expulsion, la tête est élevée sans aucune tendance à l'engagement. Le fœtus rend du méconium en abondance.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique; paroi en 3 plans; petite suppuration de la paroi.

Suites favorables.

Enfant de 3 kg. 750 s'élevant bien.

Observation XXXIV

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin généralement rétréci.

Mme M..., 24 ans, janvier 1931.

Le promontoire est à 10 cm. Après 22 heures d'épreuve du travail, dilitation stationnaire à 5 fr.; rupture des membranes, pas de progression de la tête.

On intervient sous rachianesthésie imparfaite (technique habituelle). Difficultés pour extraire la tête fixée au détroit supérieur. 38° le lendemain, suites favorables avec complication pulmonaire (paroi?)

Enfant 3 kg. 110. Bip : 9,5 s'élevant bien.

Observation XXXV.

Césarienne basse pour bassin rachitique généralement rétreci avec épreuve du travail.

Mme V..., 21 ans, primipare, décembre 1930.

Intervention 17 heures après le début du travail, 1 h. 1/2 après la rupture des membranes. Tête au détroit supérieur. La tête gêne pour atteindre le promontoire, mais la face antérieure du sacrum est accessible à moins de 10 cm.

Rachianesthésie. Opération typique, paroi en 3 plans, suites favorables sauf suppuration de la paroi.

Enfant 3 kg. 600. Bip. de 10 s'élevant bien.

Observation XXXVI

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin généralement rétréci rachitique.

Mme L..., 29 ans, primipare, mars 1931.

Femme petite P. S. P. : 10 cm. HU : 37. Epreuve du travail de 24 heures. Rupture des membranes prématurée, au début du travail. Tête débordant largement. Col effacé, dilaté comme 2 fr.

Césarienne basse typique. Rachianesthésie. Sutures habituelles, suites sans incidents.

Enfant de 2 kg. 900. Bip. de 9,3 ayant eu au 4e jour une conjonctivite bilatérale.

Observation XXXVII

Césarienne après épreuve du travail pour bassin généralement rétréci.

Mme F..., 24 ans, primipare, mars 1931.

Promontoire facilement accessible, rétrécissement pelvien non

mesuré. Pendant les derniers jours de la grossesse, la tête ne déborde pas mais reste élevée.

Après 20 h. d'épreuve du travail, dilatation grande palmaire; rupture artificielle des membranes; la tête ne descend pas mais ne déborde pas.

Césarienne basse sous rachi; difficultés pour extraire la tête fœtale : technique habituelle. Paroi en trois plans.

Suites normales : température, 37°.

Enfant 2 kg. 920. Bip. de 9,6 s'élevant bien.

Observation XXXVIII

Césarienne basse pour bassin rétréci après épreuve du travail.

Mme C..., 23 ans, primipare, juin 1931.

Le squelette des membres inférieurs est grêle avec déformation peu accentuée. Le promontoire est à 10 3/4. Un faux promontoire. 24 heures d'épreuve du travail. Les contractions sont bonnes, mais la dilatation reste stationnaire à 0 fr. 50. L'utérus constamment tendu a une hauteur de 31 cm. La tête reste au détroit supérieur tendant à s'appliquer sur la moitié droite du bassin. Les bruits du cœur fœtal sont ralentis.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique. Suites normales.

Enfant de 3 kg. extrait facilement en mort apparente ranimé en cinq minutes. Par la suite s'élevant bien.

CHAPITRE III

NON-ENGAGEMENT DE LA TETE FŒTALE AVEC COL NON DILATE

La césarienne ne se trouve pas indiquée pour anomalie seule de dilatation, sauf dans des cas spéciaux de rigidité du col par cicatrice ou par épithélioma, lorsqu'on ne veut faire aucun traumatisme sur un col pour raison particulière et rare. Nous avons ainsi une observation de césarienne suivie d'hystérectomie pour cancer du col.

La césarienne n'est donc pas la sanction thérapeutique d'une anomalie de dilatation pure. On peut se trouver devant les cas cliniques suivants que l'on peut classer en trois catégories :

1° La dilatation du col s'arrête à un moment où elle est déjà avancée (grande palmaire, par exemple) ; le col souple ; du côté du fœtus, la tête est amorcée ou engagée.

La ligne de conduite est alors la suivante : le col est souple, il est déjà dilaté d'une façon avancée, il suffira de compléter par une dilatation manuelle. Comme la tête est engagée, l'accouchement va être spontané ou aidé par une application de forceps possible.

Dans ce cas, il n'est pas question de césarienne.

2° On peut encore avoir le cas suivant : la dilatation du col s'arrête alors qu'elle est encore relativement faible, à deux francs par exemple, mais du côté du mobile la tête est profondément engagée, les culs-de-sacs vaginaux sont profonds. Il y a donc un seul obstacle, le col qui ne se dilate pas ; le traitement va s'appliquer seulement au col ; ici une dilatation manuelle peut ne pas suffire, mais de toute façon

il reste les grandes incisions du col. Deux grandes incisions latérales ou bien antéropostérieures vont être la thérapeutique suffisante pour permettre l'accouchement normal par voies basses.

Ici encore, il n'est pas question de césarienne.

3° Enfin une troisième catégorie : la dilatation s'arrête alors qu'elle est très peu avancée, le col n'est pas effacé, il est épais, rigide, mais cette complication du côté du col n'est pas la seule à exister, on se trouve du côté du mobile devant une tête élevée qui ne s'engage pas. Dans ce cas, le traitement de l'anomalie de dilatattoin par grandes incisions du col ne va pas suffire puisqu'on se trouvera devant une tête pour laquelle l'application de forceps n'est pas indiquée.

Dans ce cas, la césarienne est indiquée, mais il a fallu qu'à l'anomalie de dilatation s'ajoute le non-engagement de la tête fœtale.

C'est à cette catégorie qu'appartiennent nos observations de césarienne pour anomalie de dilatation avec tête non engagée.

OBSERVATIONS DES CESARIENNES POUR UN ENGAGEMENT DE LA TETE AVEC COL NON DILATE

Observation XXXIX

Césarienne basse pour longueur du travail et anomalie de la dilatation

(Docteur Péry).

Vient de chez elle. La malade a un promontoire accessible de loin. Après 18 heures de travail, le col est effacé, la dilatation de un franc ; les membranes sont intactes et *le sommet n'est pas engagé*. Cinq heures après une rupture artificielle des membranes la situation reste inchangée.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Technique de Michon. Paroi en 3 plans. Abcès de la paroi.

Enfant de 2 kg. 920 avec un Bip. de 9, s'élevant bien.

Observation XL

Césarienne basse pour : non engagement de la tête fœtale, arrêt de la dilatation et souffrance fœtale.

(Docteur Mahon)

Mme L..., 31 ans, primipare, février 1932.

Vient de chez elle. La malade a eu une rupture prématurée des membranes; après 14 heures de travail, le col est dilaté à petite palmaire, les bruits du cœur fœtal deviennent sourds.

Après 23 heures : 1° la dilatation est stationnaire; 2° la tête reste élevée (une grosse bosse séro-sanguine gêne pour la recherche du promontoire, mais l'excavation semble petite encombrée de parties molles); 3° les bruits du cœur sont mauvais; 4° la température est de 37°4.

Après 25 heures, la situation reste inchangée. Température : 37,4.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique, suture de la paroi en un plan. Suites favorables; abcès du sein; 38° pendant 3 jours.

Enfant de 3 kg. 820, né étonné, ranimé en 10 minutes. Bip. 9,6; s'élève bien.

Observation XLI.

Césarienne basse pour longueur du travail; non engagement de la tête fœtale et dilatation stationnaire.

(Docteur Mahon)

Mme H..., 38 ans, primipare, octobre 1931.

La femme est en travail depuis 24 heures. La poche des eaux est rompue depuis 4 heures.

La dilatation est à 5 fr.; la tête est amorcée non engagée. La situation est stationnaire depuis 7 heures.

Césarienne basse sous rachianesthésie technique habituelle (le lambeau supérieur a dû être incisé en Y renversé). Paroi en un plan au bronze. Température : 37°. Suites normales.

Enfant de 3 kg. 500 baignant dans les Bip. : 9; s'élevant normalement.

Observation XLII.

Césarienne basse pour non engagement de la tête fœtale chez une VII^e pare.

(Docteur Mahon)

Septembre 1933.

Mme E. V., 40 ans, a eu 6 accouchements normaux, le dernier avec présentation du siège. 3 enfants sont vivants, 3 autres sont morts de méningite, de variole, de typhoïde.

La grossesse actuelle se passe normalement avec une poche des eaux rompues depuis 32 heures, une dilatation complète, la tête reste élevée au-dessus du détroit supérieur, non accessible.

Les bruits du cœur s'entendent; la température est de 37° 3.

Césarienne basse typique, enfant de 3 kg. 900. Au 8^e jour, température de 39°, sans suite.

Observation XLIII

Césarienne basse pour anomalie de dilatation et non engagement de la tête fœtale.

(Docteur Mahon)

Mme M..., 30 ans, primipare, janvier 1933,

Vient de chez elle. Après 48 heures de travail, la dilatation étant à 5 fr., on rompt les membranes. Mais 3 heures après, les contractions étant bonnes, la dilatation du col reste stationnaire à 5 fr. s'œdématiant, le sommet est élevé.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique. Suites normales. 37°6 une fois.

Enfant de 3 kg. 520; s'élevant bien.

Observation XLIV

Césarienne basse atypique pour longueur du travail, anomalie de dilatation et souffrance fœtale. Mort par péritonite le 22^e jour.

(Docteur Mahon)

Mme F..., 28 ans, primipare, avril 1932.

Vient de chez elle. L'utérus a 37 cm. de hauteur; le bassin semble normal. Epreuve du travail de 43 heures mais la dilatation est traînante et reste à 2 fr.; les membranes sont rompues depuis 4 heures. Le liquide amniotique est fortement teinté de méconium. Les signes de souffrance fœtale s'aggravent.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Atypique du fait de la constitution du segment inférieur; l'incision remonte sur le corps; on fait une suture à points séparés perforants n'intéressant que la partie profonde de l'incision; 2 surjets séro-musculeux superposés Après suture du péritoine vésico-utérin, la partie haute de la suture corporéale est enfoncée sous le dome vésical qui est ramené très haut et suturé au péritoine utérin.

Au 12e jour, péritonite : intervention. Liquide séro-purulent. Mort le 23e jour.

Nécropsie : péritonite généralisée.

Enfant de 3 kg. 400, Bip. : 9,3; s'élevant bien.

Observation XLV

Césarienne basse pour anomalie de dilatation.

(Docteur Mahon)

Mme M..., 38 ans, bipare, décembre 1931.

Première grossesse en 1911 : accouchement normal d'un garçon.

Femme obèse, qui, au terme de la gestation, entre en travail de façon irrégulière (aurait souffert pendant une semaine), vient de chez elle.

Les membranes sont rompues depuis une date indéterminée. Le col reste non effacé, une dilatation manuelle aboutit à 5 fr.; la tête reste élevée. 5 heures plus tard la situation locale reste stationnaire, mais la température est de 38°5, le pouls 100.

Césarienne basse avec anesthésie au chloroforme (la ponction lombaire ayant échoué à cause de l'adiposité). L'incision doit remonter sur le corps pour dégager l'enfant. On fait un surjet musculo-musculeux d'enfouissement, une péritonisation en Y renversé. Réfection de la paroi en un plan au bronze. Température : 38°2 pendant 3 jours.

Enfant de 3 kg. 980 né étonné, est ranimé facilement mais meurt 7 heures après sa naissance.

Nécropsie : congestion intense de tout l'encéphale sans hémorr agie méningée et gros foie de 160 gr.

Observation XLVI

Césarienne basse pour anomalie de dilatation.

(Docteur Mahon)

Mme P..., 33 ans, IIIe pare, janvier 1931.

Début du travail à terme le 9 à 10 h.; rupture des membranes, précoce, malgré des douleurs fréquentes et énergiques; le 10 à 10 h. 24 h. après le col est à 5 fr., effacé et de consistance musculeuse à la périphérie.

Le 10 à 16 h., 30 h. après : situation inchangée. Température : 38°2; tête au détroit supérieur ne débordant pas.

Le 10 à 18 h., 32 h. après : situation inchangée. Température : 38°.

Le 10 à 21 h., 34 h. après : intervention.

Césarienne basse sous rachi; segment inférieur court épais adhérent au péritoine par tractus fibreux; l'incision empiète sur la partie inférieure des corps, mais dans une zone où l'on a réussi à décoller le péritoine. Sutures habituelles. Vessie remontée très haut jusqu'au-dessus de la partie supérieure de l'incision.

Suites normales : température : 38° jusqu'au 5e jour. Enfant 3 kg. 600, Bip. 9,5 s'élevant bien.

Observation XLVII

Césarienne basse pour aplasie du col utérin.

(Docteur Mahon)

Mme C..., 32 ans, primipare, janvier 1932.

Vient de chez elle. Malade chez laquelle on ne trouve au toucher aucune apparence de col utérin. Le vagin est court et large, le fond est régulier et sans saillie, ne présentant qu'une ombilisation à peine perceptible. Le bassin est normal.

La malade perd les eaux à terme, mais aucune contraction utérine n'apparaît, une dilatation de l'orifice est faite avec une pince. L'index pénètre alors dans un col court, inégal, rigide, inextensible.

La poche des eaux étant rompue depuis 4 heures, les contractions utérines n'apparaissent pas, les bruits du cœur deviennent lents. On intervient.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique (malgré l'absence de début du travail, le segment inférieur étant bien constitué). Paroi en 3 plans et abcès de la paroi. Suites favorables malgré broncho-pneumonie au 5e jour.

Enfant de 3 kg. 500; s'élevant bien.

Chapitre IV

INDICATIONS VENANT DU FŒTUS EXCES DE VOLUME DU FŒTUS MAUVAISE PRESENTATION

Indications venant du fœtus.

Dans tout ce chapitre des indications de la césarienne pour dystocie provenant du fœtus, on ne doit pas oublier l'observation de Winter qui dit : « Aucune indication fœtale d'intervention n'est légitime si elle crée pour la mère des dangers. » Avertissement humain de ne pas sacrifier la mère à l'enfant, mais qui disparaît ici, étant donné le peu de danger de la césarienne.

Car dans la plupart des cas, les dangers que fait courir à la mère la césarienne ne sont pas supérieurs à ceux qui résulteraient pour elle d'un accouchement par les voies génitales, après une intervention laborieuse.

La femme accepte à peu près toujours la césarienne pour sauvegarder la vie de son enfant. Il y a surtout des cas particuliers où la vie fœtale acquiert une valeur excessivement importante, par exemple lorsque les parents sont âgés et sans enfants vivants.

Excès de volume du fœtus.

Les indications provenant d'un excès de volume du fœtus reviennent aux indications provenant d'un bassin rétréci. Là encore, c'est l'épreuve du travail qui triomphera. D'ailleurs très souvent gros enfant et bassin légèrement rétréci se trouvent réunis pour empêcher l'accouchement par les voies naturelles.

Quand le développement excessif du fœtus peut être mis en évidence pendant la grossesse et spécialement quand, dans des accouchements précédents, il a été cause d'une grave dystocie ou de la mort de l'enfant, on peut faire l'accouchement prématuré provoqué à une époque de la gestation à laquelle le développement du fœtus sera encore dans les limites normales.

Mais c'est une opération bien moins sûre que la césarienne basse ; le fœtus avant terme est plus fragile, il supporte mal les traumatismes obstétricaux et il s'élève plus difficilement ; il est toujours difficile d'évaluer les dimensions d'une tête fœtale, surtout chez un enfant déjà plus gros que normalement.

D'autre part, les procédés de mensuration du bassin même radiographiques ne sont pas fidèles et cela même ne serait pas suffisant, car il y a d'autres inconnues importantes, telles que : réductibilité de la tête, qualité de contraction utérine, l'état des parties molles. Il y a toujours un degré de chance sur lequel il faut compter. Toutes ces incertitudes font de l'accouchement prématuré provoqué une mauvaise opération au point de vue fœtal. C'est seulement dans les conditions énoncées plus haut : femme ayant déjà accouché avec un gros enfant et ayant de nouveau un gros enfant, qu'on peut faire l'accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi.

Mais si ces conditions ne sont pas réunies, c'est toujours l'épreuve du travail avec comme sanction possible la césarienne qui a sur l'accouchement prématuré provoqué l'avantage de mieux garantir la vie du fœtus.

Le volume excessif du fœtus n'est pas une indication de césarienne quand il dérive d'une altération ou d'une anomalie de conformation comme par exemple : l'hydrocéphale, le rein polykystique, l'ascite congénitale, etc., ou toutes les monstruosités en général. Etant donné la faible qualité de la vie fœtale dans de telles conditions, il faut préférer l'embryotomie.

Nous avons trouvé six cas de césarienne pour gros enfant. Sur ces six cas, cinq sont associés à des rétrécissements légers du bassin. Quatre sont des rétrécissements légers avec promontoire accessible au doigt, une hauteur utérine importante autour de 38 ; on a extrait des enfants de plus de 4 kilos, un de 4 kil. 850 avec des diamètres bipariétaux de 10 cm. Trois de ces femmes étaient primipares, la quatrième se trouvait dans le cas pour lequel nous indiquions qu'on pouvait penser à l'accouchement prématuré provoqué. C'est une femme qui avait déjà eu un enfant de 4 kil. 200 extrait par forceps et mort. Le cinquième cas était un bassin assymétrique.

Les deux autres cas sont tout simplement de gros enfants, qui ne s'engagent pas à cause de l'excès de volume du fœtus. Ce sont des hauteurs utérines de 38 et on extrait des enfants de plus de 4 kilos avec des bipariétaux voisins de 10 cm.

Anomalies de la présentation.

Présentation de l'épaule. — L'opération césarienne, dans ce cas en principe, n'est pas indiquée ; il est évident que, pour cette présentation, la version facilitée par une anesthésie représente l'intervention efficace de la dystocie. Comme l'ont fait remarquer Favreau, Guéniot, Winter, Mangiagalli, Alfierri qui dans sa carrière n'a pas fait de césarienne pour cette indication, elle doit être limitée aux cas où il existe des conditions qui rendent défavorables l'éventualité de la version par manœuvres internes indispensables. Dans ces cas, on est en droit de se demander si à titre prophylactique la césarienne ne doit pas être indiquée.

Ces conditions sont réalisées :

Pour les présentations non compliquées :

1° Quand la femme est primipare, le col fermé, les membranes rompues et que le fœtus souffre ;

2° Quand il existe une malformation utérine, un utérus

bicorne par exemple, un fibrome utérin ou une autre cause de dystocie : anomalie de la contractibilité, insertion vicieuse du placenta, cicatrice du col, procidence du cordon.

Pour les présentations de l'épaule négligées :

C'est là une indication tout à fait exceptionnelle qui peut se limiter, le fœtus étant vivant, quand la moindre rotation est dangereuse et menace de créer immédiatement une rupture utérine ; le fœtus étant mort, quand il est impossible de faire l'embryotomie sans dangers graves pour la mère. Ce sont là des césariennes de nécessité opposées aux césariennes de choix, c'est-à-dire que, comme dans les rétrécissements du bassin, l'opportunité de les pratiquer est tirée essentiellement de la comparaison des risques de la voie basse avec les avantages tirés d'une opération conservatrice possible ; car le plus souvent, l'intervention haute sera suivie de mutilation.

Nous avons recueilli cinq observations de césarienne pour présentation de l'épaule :

1° Deux entrent dans la première catégorie : femmes primipares, cols fermés, membranes rompues et souffrance fœtale; les suites furent normales pour la mère et l'enfant ;

2° Pour deux autres, l'utérus contracturé malgré l'anesthésie rend toute version impossible et l'embryotomie dangereuse pour la vie de la mère. La césarienne permet de vivre à l'enfant et à la mère ;

3° La dernière est associée à une procidence du cordon irréductible.

La présentation du front peut indiquer l'opération césarienne quand, les membranes rompues, la présentation tarde à s'engager bien qu'il y ait des contractions utérines importantes et que le fœtus est volumineux. Dans ces conditions, la césarienne présente pour la vie du fœtus des garanties plus fortes que la version ou la symphysectomie, surtout lorsqu'on a échoué dans un essai de transformation en présentation du sommet ou de la face.

Dans les deux cas que nous avons relevés, le fœtus était gros, la présentation restait élevée à dilatation complète malgré de bonnes contractions.

La présentation de la face ne peut être qu'une indication très rare, exceptionnellement même, quand elle est associée à d'autres conditions défavorables à l'accouchement, telles que dilatation incomplète avec membranes rompues, procidence du cordon ou souffrance fœtale précoce, surtout chez les primipares.

Présentation du siège.

Si la présentation du siège présente un danger pour la vie du fœtus, ce danger est habituellement minime, et il n'est pas tel qu'on puisse discuter de la césarienne dans la présentation du siège. Il faut des cas spéciaux ou que cette présentation du siège soit associée à une autre cause de dystocie, en particulier lorsqu'elle se rencontre avec un gros fœtus ou un bassin rétréci.

La césarienne, pour présentation du siège seule, semble se borner à des cas rares de primipares âgées qui ont un siège décomplété mode des fesses, chez lesquelles on doit tenir compte de la résistance éventuelle des parties molles du canal pelvi-génital, rigidité et manque de souplesse qui peuvent énormément gêner et même empêcher l'abaissement prophylactique du pied et de la grande extraction ; nous avons relevé une observation de ce genre.

OBSERVATIONS DES CESARIENNES POUR DYSTOCIE VENANT DU FŒTUS

Observation XLVIII.

Césarienne basse pour non engagement de la tête fœtale chez une multipare avec gros enfant et bassin légèrement rétréci.

(Docteur Mahon)

Mme J..., 37 ans, V° pare, janvier 1933.

Sur quatre grossesses précédentes la malade avait eu deux avortements de 4 mois 1/2, un enfant décédé pendant l'accouchement par application de forceps.

Un autre enfant de 4 kg. 200 extrait par application de forceps dans l'excavation et mort à 8 mois de méningite tuberculeuse.

Le promontoire est accessible au loin. L'utérus a 38 cm. de hauteur.

Après 3/4 d'heure de période d'expulsion, la dilatation étant complète et les membranes rompues artificiellement, la tête reste élevée et ne fait aucun progrès. Vient à la clinique à ce moment.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique; paroi en 3 plans. Suites : la malade fait une septicémie à streptocoque hémolytique qui se termine bien (sérum de Vincent).

Enfant de 4 kg. 850 avec un Bip. de 10 cm. qui s'élève bien.

Observation XLIX

Césarienne basse pour gros enfant qui ne s'engage pas.

(Docteur Mahon)

La première grossesse, en 1930, avait été suivie d'un accouchement normal.

Le travail est commencé depuis 13 heures; les membranes ont été rompues artificiellement pour travail stationnaire à petit palmaire. il y a 9 heures. Mais la tête reste élevée et la dilatation stationnaire (malade chez elle, membranes rompues par la sage-femme).

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique; paroi en 3 plans; abcès de la paroi au septième jour.

Enfant de 4 kg. 090 avec un Bip. de 9,8; s'élevant bien.

Observation L

Césarienne basse pour enfant gros, contracture utérine, non engagement de la tête fœtale souffrance fœtale.

(Docteur Mahon)

Mme P..., 27 ans, primipare, mai 1932.

Hospitalisée à la clinique. Le travail est commencé depuis 24 heures. La poche des eaux est rompue depuis 8 heures. Le col est dilaté complètement; la tête reste au détroit supérieur avec une volumineuse bosse séro-sanguine. La femme souffre entre les contractions. L'utérus est dur malgré 1/2 cm. de morphine; les bruits du cœur fœtal sont lents.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique, paroi en un plan. Suites normales. Température : 38° peundant un jour.
Enfant de 4 kg. avec un Bip. de 9,5 : s'élevant bien.

Observation LI

Césarienne basse après épreuve du travail pour bassin légèrement rétréci et gros enfant.

(Docteur Mahon)

Mme P..., 18 ans, primipare, janvier 1932.
Chez elle jusqu'à dilatation 1 franc. La malade a un bassin canaliculé légèrement rétréci, on sent la face antérieure du sacrum mais on ne peut remonter jusqu'au promontoire. La hauteur utérine est de 37 cm.
Après une épreuve du travail de 36 heures (la poche des eaux étant rompue depuis le début du travail), la dilatation est de petite palmaire la tête non engagée; la température est de 38°1.
Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique; paroi en un plan; température à 38° pendant 2 jours. Pyélo-néphrite. Suites favorables.
Enfant de 4 kg. qui s'élève bien.

Observation LII

Césarienne basse au début du travail pour une présentation du siège et un bassin généralement rétréci, gros enfant.

(Docteur Mahon)

Mme G..., 21 ans, primipare, novembre 1931.
Le promontoire est accessible à 10,5. Le sacrum est accessible sur toute sa hauteur. Le fœtus a le siège en bas.
Vient de chez elle à deux francs. Césarienne basse au début du travail; la dilatation étant à 2 fr., les membranes intactes sous rachianesthésie. Opération typique. On a quelques difficultés pour abaisser le pied (siège décompléte). Sutures en 3 plans. Suites normales.
Enfant de 4 kg. 150, Bip. : 9,5 en mort apparente, ranimé en une demi-heure: s'élevant bien.

Observation LIII

Césarienne basse pour bassin rétréci et gros enfant.

Mme N..., 20 ans, primipare, octobre 1931.

Le promontoire est accessible à 10 cm. 5. La hauteur utérine est de 41 cm., après épreuve du travail. Après 12 heures de travail a tête déborde nettement; la dilatation à 2 francs; les membranes sont intactes.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie; parois en 3 plans. Suites normales.

Enfant de 4 kg. 200, Bip. : 10,2; s'élevant bien.

Observation LIV

Césarienne basse chez une primipare âgée pour bassin legèrement rétréci et une présentation du siège complet après épreuve du travail.

(Docteur Mahon)

Mme B..., 34 ans, primipare, février 1932.

Hospitalisée à la clinique. Le promontoire est accessible à 11 cm., la hauteur utérine de 36 cm., la présentation fœtale est un siège décomplété mode des fesses.

Après 24 heures de travail, les membranes sont rompues depuis 18 heures, le col est stationnaire à 5 francs depuis 12 heures; les douleurs ont disparu; la température est à 38°5.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique, paroi en un plan. Suites normales : 38° pendant 3 jours.

Enfant de 3 kg. 850, Bip. : 10,5; s'élevant bien.

Observation LV

Césarienne basse pour présentation du siège avec bassin canaliculé, au début du travail.

Mme P..., III° pare, 32 ans, juillet 1932.

La malade a accouché deux fois avec application de forceps (dont un sur un siège) de 2 enfants morts aussitôt. Le promontoire est accessible à 10 cm. La présentation est un siège, la version n'a pas été faite. Début du travail depuis 4 heures. Le col est à dilatation complète; la présentation un siège décomplété.

La tête défléchie paraît volumineuse; les membranes sont rompues depuis 4 heures.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Le dégagement est pénible Sutures de la paroi en un plan. Suites normales. Température : 38° un jour.

Enfant de 3 kg.; s'élevant bien.

Observation LVI

Césarienne abdominale pour présentation de l'épaule et procidence du cordon.

Mme G. L..., 24 ans, bipare, septembre 1933.

Première grossesse en 1931, application de forceps, un garçon.

Deuxième grossesse, présentation transversale du fœtus impossible à réduire.

Début du travail depuis 12 heures; les membranes sont rompues depuis une heure; le fœtus est en position transversale, la tête dans le flanc gauche; les pieds dans la fosse iliaque droite; le col très haut situé, épais et ouvert comme deux francs. Plus haut derrière les membranes flasques on sent une main et un peloton de cordon qui bat normalement.

Laparotomie médiane sous rachianesthésie, le segment inférieur n'est pas constitué. Incision remontant du cul-de-sac vésico-utérin sur le corps.

Une hémorragie brutale cesse après extraction d'un enfant de 3 kg. 600 par version.

Suture de l'utérus longitudinalement constituant un plan musculo-séreux, deuxième surjet musculo-séreux, troisième surjet séro-séreux: 4° la vessie est remontée au-dessus de la suture et est suturée transversalement au péritoine utérin.

Paroi en 3 plans.

Suites normales. Enfant s'élevant bien.

Observation LVII

Césarienne corporeale pour présentation de l'épaule. Dilatation stationnaire après échec de tentative d'évacuation utérine sous rachianesthésie.

(Docteur Mahon)

Mme L..., 33 ans, février 1933.

La malade a déjà eu en 1919 un accouchement normal de deux filles jumelles.

Vient de chez elle. Dans cette seconde grossesse, le fœtus est en présentation de l'épaule irréductible. Après rachianesthésie on fait une dilatation artificielle du col après 3 heures de travail, la poche des eaux se rompt; on tombe sur un bras et le cordon procidents; plus haut on est arrêté par un anneau de Bandl. La version est donc impossible, le cordon ne bat plus, mais l'embryotomie paraît dangereuse dans ces conditions.

Laparotomie : incision du segment inférieur qui remonte sur le

corps, *car pour dégager le fœtus la version est aussi impossible par voie haute que par voie basse.*

L'utérus est suturé en 4 plans longitudinaux (2 musculo-musculeux et 2 séro-séreux). Paroi en 3 plans.

Enfant de 2 kg. 760 facilement ranimé avec un Bip. de 9,5; s'élevant bien.

Observation LVIII

Césarienne moyenne pour une présentation de l'épaule irréductible et souffrance fœtale grave au début du travail chez une femme ayant un bassin légèrement rétréci.

(Docteur Mahon)

Mme R..., 35 ans, primipare, juin 1932.

Vient de chez elle. La présentation fœtale est une épaule. Toutes les tentatives de version par manœuvres externes et de sésenclavement ont été impossibles. Au début du travail les bruits du cœur deviennent lents, irréguliers, disparaissant par moments.

Césarienne sous rachianesthésie. Le segment inférieur n'étant pas constitué on incise longitudinalement le péritoine et l'utérus depuis le cul-de-sac vésical jusqu'à 12 cm. au-dessus. Extraction d'un enfant de 3 kg. 630 d'un bain de méconium. Suture de l'utérus en 3 plans : points séparés sur le muscle, 2 surjets séromusculeux. Paroi en 3 plans. 38° pendant deux jours.

Enfant de 3 kg. 630; s'élevant bien.

Observation LIX

Césarienne basse pour présentation de l'épaule.

(Docteur Mahon)

Mme M..., 35 ans, tripare, mars 1933.

La malade avait accouché normalement en 1921 et en 1922 mais ses deux enfants sont morts à 13 mois et à 3 ans de tuberculose.

Chez elle. Le travail était commencé depuis 7 heures quand on s'aperçoit, la poche des eaux venant d'être rompue accidentellement, qu'un bras est procident et que la présentation est une épaule. La dilatation est à palmaire et le col assez souple, mais les bruits du cœur sont sourds et lents; les deux enfants précédents étant morts en bas âge, la césarienne est proposée et acceptée.

Césarienne basse typique sous anesthésie générale à l'éther. Suites normales.

Enfant de 3 kg. 250 facilement ranimé.

Observation LX

Césarienne basse pour bassin rélréci avec présentation négligée de l'épaule et albuminurie.

(Docteur Mahon)

Mme G..., 31 ans, primipare, octobre 1931.

Primipare âgée, rachitique, minus habens. L'utérus est contracturé, couché sur le côté droit, la tête est dans le flanc gauche, le coude est replié dans le vagin. Le bassin est canaliculé et sensiblement rétréci. Les membranes sont rompues depuis 5 heures.

Intervention sous rachianesthésie; l'utérus est en dextrotorsion. Cependant la technique habituelle de la césarienne est possible. L'extraction est laborieuse. Suture de la paroi en un plan. Suites normales. Température : 38° un jour.

Enfant de 3 kg. 200, étonné, Bip. : 9; s'élevant bien.

Observation LXI

Césarienne basse pour présentation du front et excès de volume du fœtus.

(Docteur Mahon)

Mme C..., 25 ans, primipare, mars 1931.

Présentation du siège ayant tourné spontanément; la tête reste élevée; bassin normal. Début du travail depuis 12 heures. Membranes rompues depuis une heure; présentation du front bloqué au détroit supérieur. Utérus volumineux. HU : 37 cm. Souffrance fœtale grave, méconium, bruits du cœur : sourds.

Césarienne basse typique sous rachi. Difficultés pour extraire la tête fœtale luxée avec une branche de forceps. Sutures. Abcès de la paroi.

Enfant de 4 kg. 200, Bip. : 10,5; s'élevant bien.

Observation LXII

Césarienne basse pour présentation du front arrêtée au détroit supérieur avec antéversion utérine.

Mme C..., 39 ans, tripare, mai 1931.

Malade ayant accouché normalement les deux premières fois. 15 heures après le début du travail, la poche des eaux est rompue depuis 12 h. pas de progression, la tête reste élevée, la dilatation est à petite palmaire malgré un bandage de corps. Diagnostic : antéversion par gros fœtus et éventration.

Césarienne basse avec rachianesthésie. Technique habituelle, on fait l'extraction d'une tête en postérieure défléchie. L'enfant de 4 kg. 850 présente une bosse séro-sanguine sur le bregma. Présentation du front. Suture en un plan au bronze. Suites normales. Température : 38° le premier jour.

L'enfant s'élevant bien.

Observation LXIII

Césarienne basse chez une primipare âgée pour un gros enfant et présentation du siège décomplété mode des fesses.

(Docteur Mahon)

La malade arrive de chez elle en travail depuis 24 heures, rupture précoce des membranes. La présentation est un siège décomplété au détroit supérieur; l'utérus est volumineux, le col se dilate mal.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Incision du péritoine en Y renversé : paroi en un plan. Suites normales.

Enfant de 4 kg. 370 s'élevant bien.

CHAPITRE V

INDICATIONS PROVENANT DE MALADIES OU LESIONS DE L'APPAREIL GENITAL.

Maladies ou lésions de l'appareil génital.

En cas de fibrome. — Le fibrome peut être prævia, au-devant du fœtus ou dans l'abdomen, à côté du fœtus.

Dans le cas de fibrome prævia, l'accouchement sera rendu impossible s'il est plus gros qu'un œuf de poule (Tarnier), sauf le cas où, du fait des contractions utérines du travail, il y aurait ascension de l'abdomen, éventualité fréquente en particulier dans les fibromes antérieurs. Quelquefois, grâce à sa position (fibrome postérieur qui se loge dans la concavité sacrée), il sera moins dystocique qu'un fibrome latéral ou antérieur qui ne remonte pas ; son degré de ramollissement intervient aussi. Dans les cas de fibromes multiples du corps avec fibrome prævia on fera l'hystérectomie précédée ou non de la césarienne, dans la crainte de la dystocie immédiate et des accidents consécutifs (infection, nécrose, hémorragie). La myomectomie n'est pas indiquée le plus souvent, au cours de l'accouchement.

A la clinique de Bordeaux, une fois seulement le cas s'est présenté de césarienne pour fibrome utérin ; il s'agissait d'un fibrome gros comme une tête fœtale, qui occupait la partie inférieure de l'utérus ; la gestation avait été bien supportée, mais le travail commencé ne faisait aucun progrès on finit par une césarienne (suivie d'hystérectomie) dont l'incision remonte sur le corps de l'utérus. Dans

la période sur laquelle s'étend nos recherches, nous n'avons pas trouvé de césarienne pour kyste de l'ovaire, ni kyste du vagin, ni corne non gravide d'un utérus bicorne, qui peuvent dans certains cas motiver une césarienne.

Cancer du col. — Dans un cas, on a eu a faire une césarienne pour cancer du col, au début avant tout travail pour éviter tout traumatisme du col ; la femme ayant été soignée par le radium avant et après son accouchement.

OBSERVATIONS DES CESARIENNES POUR FIBROMES ET CANCERS

Observation LXIV

Césarienne corporéale pour fibrome et grossesse suivïe d'hystérectomie

(Docteur Mahon)

Mme G..., 37 ans, secondipare.

En 1915 la malade a eu une grossesse normale suivie d'accouchement normal.

Depuis : ménorragie, tumeur abdominale, fibrome diagnostiqué non compliqué.

La gestation est cependant bien supportée.

La présentation est un siège élevé, le fibrome utérin gros comme une tête fœtale occupe la partie inférieure de l'utérus. Le travail ne fait aucun progrès; les membranes sont intactes.

Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie. Suites très simples.

Enfant de 3 kg. 300 avec un Bip. de 9,3 qui s'élève difficilement.

Observation LXV.

Césarienne suivie d'hysiérectomie pour cancer du col.

Mme M..., 38 ans, XII° pare, mai 1932.

Après 11 accouchements normaux, la malade subit pendant sa 12e grossesse un traitement radiumthérapique pour épithélioma baso-cellulaire du col.

Elle entre en travail au 8e mois.

Césarienne; l'épithélioma se propage aux paramètres, rend le Wertheim impossible. Hystérectomie.

Enfant de 1 kg. 930 qui pèse 2 kg. 200, 20 jours après.

Chapitre VI

PLACENTAS PRÆVIAS ET HEMORRAGIES RETROPLACENTAIRES

Hémorragie rétroplacentaire.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Jadis strictement obstétrical, le traitement de l'hémorragie rétroplacentaire est devenu de plus en plus chirurgical, depuis que Couvelaire a introduit en clinique, la notion d'apoplexie utérine. C'est dans ce cas, de décollement prématuré du placenta, lorsqu'il existe une apoplexie utérine, que la césarienne est le moyen thérapeutique indiqué. Mais comme Portes l'a démontré dans sa thèse, le diagnostic d'apoplexie utérine peut être soupçonnée cliniquement, mais il ne peut être affirmé qu'anatomiquement seulement; d'où la nécessité d'une laparotomie, dans tous les cas sérieux d'hémorragie rétroplacentaire.

Le ventre ouvert et l'utérus évacué, la conduite à tenir dépendra du comportement utérin ; si la rétraction est bonne, l'utérus pourra être laissé en place, il devra être enlevé, si elle est mauvaise.

On voit donc que dans les cas d'hémorragie rétroplacentaire, la place de la césarienne se trouve située dans le plan moyen, dans les cas les plus nombreux, ce sont des cas bénins, l'accouchement se fera par les voies naturelles.

Dans les cas graves, l'hystérectomie d'emblée s'imposera, de toute façon, c'est seulement l'organe sous les yeux et

entre les doigts qu'on pourra opter entre l'hystérectomie et la césarienne conservatrice.

C'est seulement 3 fois en 3 ans, qu'il y a eu lieu à la Clinique de faire des césariennes pour cette indication; les 3 fois, c'étaient des apoplexies utérines, 2 fois sur 3, l'enfant est mort, la mère survivant les 3 fois.

Placenta prævia.

Le traitement du placenta prævia a pris une grande extension, surtout depuis 1927, où il a commencé à être appliqué à Bordeaux surtout.

Aujourd'hui le rapport de M. Pancot et Reeb, sur le traitement chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur, arrive avec des arguments précis, à des conclusions qui sont sensiblement celles qui étaient arrivées déjà, il y a 3 ans, M. Balard à Bordeaux. La thèse de Rautureau, étudiant le traitement des placentas prævias, à Bordeaux, pendant ces dernières années, arrive aux conclusions suivantes :

En présence d'une hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur, nous pouvons après comparaison des résultats obtenus par les méthodes obstétricales et chirurgicales, schématiser ainsi la conduite à tenir :

1° *Les membranes sont accessibles.* — La rupture large des membranes sera pratiquée immédiatement. On tentera alors l'épreuve du travail. Deux éventualités peuvent se produire :

a) L'hémorragie s'arrête, la dilatation se complète et la présentation descend. L'accouchement se termine spontanément, ou par une intervention banale dans l'excavation.

b) L'hémorragie reprend ou la dilatation s'arrête, et la présentation reste élevée. Délaissant toute dilatation artificielle, par quelque procédé que ce soit, on aura alors recours à la césarienne basse, sous rachianasthésie, si la tension artificielle est suffisante, sous anesthésie générale à l'éther dans le cas contraire.

2° *Le placenta est recouvrant.* — La césarienne basse sera pratiquée de'mblée, sitôt le diagnostic fait, dès le début du travail.

3° L'hystérectomie est une opération d'exception, à laquelle on est acculé, chez les malades saignées à blanc, ou gravement infectées, chez les malades auxquelles on n'a pas su ou pu faire assez tôt une césarienne conservatrice.

C'est qu'en effet, la césarienne basse comme nous l'avons fait remarquer, permet d'affronter les cas impurs et par là, de faire l'épreuve du travail par l'isolement opératoire possible du péritoine, les sutures sur le segment inférieur formant barrière aux microbes et aux liquides de la cavité utérine et enfin, la réelle valeur de la cicatrice utérine, enlevant les craintes de ruptures.

Des questions se posaient cependant : le segment inférieur était-il toujours suffisamment formé pour permettre une incision assez étendue ?

L'hémorragie ne serait-elle pas très redoutable à cause de l'intense vascularisation, surtout en cas d'insertion sur la face antérieure et le placenta, ne gênerait-il pas l'opérateur ?

Rautureau nous dit que l'expérience est venue apaiser ces craintes. Le segment inférieur est en général suffisamment formé, sinon rien n'empêche de prolonger l'incision plus haut, le péritoine étant assez extensible pour recouvrir la suture.

Le placenta inséré en avant dans le tiers des cas à peine, ne gêne nullement, il suffit de le décoller après avoir passé au travers.

L'incision du segment inférieur qui, de temps en temps est sillonné de grosses veines, provoque assez souvent, il est vrai une hémorragie assez forte, mais ces vaisseaux s'affaissent dès l'incision, comme l'a montré M. le professeur Andérodias, et en général, on n'est pas gêné par le sang. Il suffit d'aller vite, d'ouvrir la cavité segmentaire de retirer l'enfant et de décoller le placenta.

Et chez ces opérées, on n'observe pas non plus d'hémorragies consécutives à l'intervention, comme on rencontre si souvent après l'extraction par voie basse.

En effet, en dehors des hémorragies par inertie du corps utérin, c'est surtout l'hémorragie par dilacération du segment inférieur qui constitue le gros danger tant au point de vue hémorragique qu'en ce qui concerne les risques d'infection ultérieure.

Or la césarienne a justement pour but de respecter l'intégrité de cette zone dangereuse, on peut observer un léger écoulement sanguin après la sortie de l'enfant, mais sitôt les sutures faites et dès que les anneaux musculaires qui tapissent le segment inférieur ont été coaptés, reconstituant ainsi leur intégrité fonctionnelle, le suintement s'arrête et ne se reproduit plus.

La césarienne se révèle donc comme le plus sûr moyen de combattre le péril hémorragique. Les malades ne conservent pas un plus mauvais souvenir de la table d'opération, que d'une extraction difficile avec violente hémorragie. La césarienne basse s'avère donc très supérieure à toute autre pratique chirurgicale ou obstétricale dans le traitement du placenta prævia. Elle est la seule pratique à appliquer en cas de placenta central, plus ou moins recouvrant, et peut être utilisée, même dans les cas suspects d'infection. Elle sauvegarde au maximum, les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. Dans certains cas, cependant, elle est insuffisante et doit être suivie d'hystérectomie, 1° chez les malades saignées à blanc ou gravement infectées, avec état général précaire. L'hystérectomie réalise la meilleure hemostase, et supprime le foyer d'infection. Il rappelle les qualités de la césarienne : isolement du péritoine pouvant affronter des cas impurs et permettant d'affronter l'épreuve du travail; les sutures soignées formant barrière à une infection venant de l'utérus.

6 cas : Abdominale, 1 suivie d'hystérectomie ;

Coropréale, 3 (1 suivie d'hystérectomie) ;

Basse, 2.

Basses : Grosses hémorragies qui ne s'arrêtent pas malgré la rupture large des membranes ; le segment inférieur étant bien constitué on peut faire une césarienne basse typique ; les suites sont bonnes pour l'une, chez l'autre il y a une broncho-pneumonie qui guérit, un enfant était mort.

Segments :

Corporéales d'Audebert : Là encore on a affaire à des hémorragies qui ne cessent pas une fois les membranes rompues ; mais on est obligé de prolonger l'incision sur le corps, une fois parce qu'un lipome périvésical gêne pour faire une incision basse ; les deux autres fois pour constitution insuffisante du segment supérieur.

OBSERVATIONS DES CESARIENNES POUR PLACENTAS PRAEVIAS ET HEMORRAGIES RETROPLACENTAIRES

Observation LXVI

Césarienne pour hémorragie rétro-placentaire; mort de la mère et du fœtus.

23 ans, primipare, septembre 1933.

A terme, en travail depuis 10 heures; état général mauvais, facies de plomb; pouls 130, petit; T. A. 11,5-10,5; utérus de bois ; on n'entend pas les bruits du cœur fœtal; le col entier ouvert comme deux francs; membranes intactes.

Albuminurique massive. Laparotomie, anesthésie générale à l'éther. Quelques ecchymoses sur le bord utérin. Fœtus mort de 1 kg. 330; placenta 210; caillot 230 gr.

La malade meurt dès que l'intervention est terminée.

Observation LXVII

Césarienne basse pour hémorragie rétroplacentaire 3 heures après le début des accidents.

(Docteur Mahon)

Mme R..., XIX^e^ pare, mars 1932.

Hospitalisée à la clinique. La malade avait eu déjà 18 accouchements normaux dont 13 d'enfants vivants.

Au 8e mois de la grossesse, pertes de quelques caillots de sang. L'utérus a 32 cm., il est tendu ; les bruits du cœur fœtal lents et faibles. La malade a quelques contractions utérines, le col est ouvert comme 1 franc.

On pense à une hémorragie rétroplacentaire avec enfant encore vivant.

Césarienne basse sous rachianesthésie. Opération typique (600 gr. de caillots derrière le placenta) paroi en 3 plans. Suites normales.

Enfant de 1 kg. 900 en mort apparente, ranimé difficilement et mort 4 heures après.

Observation LXVIII

Césarienne basse pour hémorragie rétroplacentaire suivie d'hystérectomie subtotale.

(Docteur Mahon).

Mme S..., 23 ans, secondipare, décembre 1932.

Vient de chez elle. Le premier accouchement avait été normal; au huitième mois de cette deuxième gestation; brusquement, douleur aiguë dans l'abdomen, qui persiste. L'utérus d'une hauteur de 32 cm. est dur; les buits du cœur ne sont pas percus; il y a une petite hémorragie de sang rouge.

Césarienne basse sous rachianesthésie, suivie d'hystérectomie subtotale; l'enfant était mort et derrière le placenta, il y avait 600 gr. de caillots. Suites normales.

Observation LXIX

Césarienne basse pour hémorragie grave par placenta prævia central.

(Docteur Mahon).

Mme S.., 27 ans, IVe pare, juillet 1932.

Hospitalisée à la clinique. Trois grossesses antérieures suivies d'accouchements normaux. Dans sa quatrième grossesse à six mois, elle perd du sang abondamment et le travail débute avec une hémorragie brutale. Le col est dilaté à cinq francs et on sent le placenta recouvrant entièrement l'orifice de la dilatation.

Césarienne basse sous anesthésie générale à l'éther; le segment inférieur est bien constitué, la césarienne est typique. La péritonisation se fait en Y renversé. Bonne rétractation utérine. Suites favorables, malgré une broncho-pneumonie.

Enfant de 1 kg. 700 mort.

Observation LXX

Césarienne basse pour placenta prævia et souffrance fœtale.

(Docteur Mahon).

Mme G..., 31 ans, secondipare, juillet 1932.

Hospitalisée à la clinique. Après avoir eu un accouchement normal en 1922. La malade a des hémarragies à la fin de cette deuxième grossesse. Au début du travail, à travers l'orifice du col, on sent du placenta et des membranes.

Grosse hémorragie qui ne s'arrête pas malgré la rupture des membranes; les bruits du cœur deviennent irréguliers.

Césarienne basse typique sous rachianesthésie, paroi en trois plans. Suites normales; 38° pendant deux jours.

Enfant de 3 kg. qui s'élève bien.

Observation LXXI

Césarienne corporéale pour placenta praevia.

(Professeur Andérodias, docteur Mahon).

Mme F..., 29 ans, primipare, décembre 1931.

La malade à quatre mois et demi de gestation a une hémorragie de moyenne importance, puis trois hémorragies également moyennes, chacune à un mois d'intervalle.

En travail, à sept mois de gestation, elle perd du sang d'une façon continue. Chez elle.

Le col étant effacé, dilaté, comme un franc, on touche sur le placenta en avant et à droite, sur les membranes à gauche qui sont rompues artificiellement.

Douze heures après, le col est dilaté comme cinq francs, la tête haute et l'on sent beaucoup de placenta dans l'orifice de dilatation.

La température est à 37°; le pouls à 130.

Césarienne abdominale sous rachianesthésie. Il n'y a pas de constitution du segment inférieur. *Un lipome périvesical gêne pour faire une incision très basse*, d'où il y a obligation de faire une césarienne nettement corporéale, mais assez basse, on fait un premier plan à points séparés, un deuxième à surjet.

Réfection de la paroi en un plan.

Suites avec phlébite bilatérale mais favorables.

Enfant de 2 kg. 360, s'élevant bien cependant.

Observation LXXII

Césarienne corporéale pour placenta praevia marginal suivie d'hystérectomie subtotale.

(Docteur Mahon)

Mme L..., 43 ans X° pare, décembre 1932.

Auparavant la malade avait eu neuf accouchements normaux.

Elle a deux hémorragies au cours du huitième mois de cette dixième grossesse. Vient de chez elle.

Elle entre en travail à la fin de ce huitième mois avec une grosse hémorragie, à travers le col on tombe sur des membranes rompues; l'hémorragie s'arrête, mais bientôt recommence. L'état de la malade devient inquiétant.

Césarienne corporéale sous anesthésie générale et hystérectomie subtotale. Suite normales, apyrétiques.

L'enfant de 3 kg. 250 en mort apparente est ranimé, mais meurt au bout de quarante-huit heures.

TROISIEME PARTIE

Césariennes segmento-corporéales ou Césariennes moyennes et Césariennes hautes

Césariennes segmento-corporéales ou césariennes moyennes.

La césarienne basse présente quelquefois dans son exécution des inconvénients qui empêchent de pratiquer l'incision sur le segment inférieur ou qui font que cette incision ne suffit pas.

L'inconvénient le plus fréquent est la non-constitution du segment inférieur ou seulement segment inférieur n'ayant pas une ampliation suffisante : il est évident que la facilité d'exécution de la césarienne transpéritonéale dépend surtout de l'état de développement du segment inférieur et de la mobilité du péritoine qui le recouvre ; quelquefois, la présentation reste élevée et le segment est étroit. L'incision utérine risque alors d'être agrandie vers le corps à la suite du passage de la tête fœtale. Dans certains cas, on est même obligé de faire empiéter volontairement cette incision sur le corps.

A côté de l'insuffisance du segment inférieur, d'autres causes reviennent au même effet : empiétement de l'incision sur le corps.

Ainsi, la rétraction de l'anneau de Bandl, ce qui ramène à la même chose : un enfant trop gros pour lequel un segment inférieur normal devient insuffisant ; des adhérences

vésico-utérines dues à des césariennes antérieures ; un placenta vicieusement inséré, peuvent obliger à faire remonter l'incision.

Lorsqu'on est obligé de faire agrandir ainsi l'incision, deux méthodes se présentent : ou bien on emploie la technique habituelle de la césarienne basse et il n'est pas impossible, comme le disent Grosse et Leroux, de recouvrir la suture du segment dans toute sa longueur, ou bien on peut faire une incision longitudinale du péritoine selon l'article d'Audebert, en octobre 1933, dans la *Revue de gynécologie et d'obstétrique*. Cette technique consiste simplement à substituer l'incision verticale du péritoine utérin à l'incision transversale : il en résulte une mortalité fœtale et maternelle de 3 % sur 63 opérées.

Les indications en sont les suivantes : deux tiers des rétrécissements du bassin.

Gros enfants	8
Placenta praevia	6
Tumeurs praevias	5
Procidence du cordon	5
Rétraction de l'anneau de Bandl	1

Cette incision assure :

1° La protection contre les germes intra-utérins et l'isolement de la cavité ;

2° Le respect de l'intégrité de la vessie, parce que :

a) Repérage de la vessie à l'œil et au doigt ;

b) Décollement transversal du péritoine sur deux ou trois centimètres à l'extrémité prévésicale de l'incision ;

c) Si besoin est, prolongement en haut de l'incision séro-musculaire ;

3° L'absence presque complète d'hémorragie ;

4° Facilité de l'incision verticale par décollement du péritoine et la confection de la redingote.

Il semble que l'incision verticale favorise la suture, le décollement et surtout le croisement des deux lambeaux

péritonéaux. Bien souvent, en effet, la moitié supérieure, après l'incision transversale, se décolle difficilement et, de plus, étant moins étoffée, elle croise mal et ne descend pas assez bas si bien que la partie inférieure de la section utérine n'est recouverte que par un seul feuillet péritonéal : l'inférieur. L'incision verticale, au contraire, permet d'utiliser la fraction sus-vésicale, moins adhérente, et de profiter de sa laxité et de son extensibilité plus grande pour l'attirer en haut et opérer à ses dépens le croisement en redingote en disposant les sutures suivant un losange à grands côtés inférieurs.

Dans les cas franchement impurs, elle permet de suturer les deux lèvres du feuillet viscéral aux bords de l'incision abdominale et d'empêcher, au cours de l'extraction, toute irruption des liquides utérins dans la cavité péritonéale.

Un dernier avantage : prolongement de l'incision au delà du segment inférieur. On voit très souvent les opérateurs, par la force des choses, être obligés de se donner plus de jour en haut. Il ne faut pas exagérer les dangers de cette incision qui intéresse le corps de l'utérus sur une étendue de trois à cinq centimètres ; dans bien des cas même elle peut rendre de grands services, d'autant que l'on est parfois agréablement surpris de constater que le feuillet péritonéal qui revêt le corps utérin au niveau et au-dessus de l'anneau de contraction est relativement peu adhérent, se décolle sans difficulté, de telle façon que l'on peut péritoniser la partie supérieure de l'incision presque aussi bien que l'inférieure. Cette disposition favorable se rencontre surtout après une épreuve du travail prolongée.

Si donc on est amené à faire une segmento-corporéale (d'Audebert) ou césarienne moyenne (de Mahon), on peut essayer de trouver un plan de clivage qui permettra de faire remonter le croisement jusqu'au point le plus élevé de l'incision et d'obtenir un isolement de la cavité utérine aussi complet que dans la supra-symphysaire classique.

Et Audebert termine en donnant les indications principales :

1° Rétraction de l'anneau de Bandl;
2° Gros enfant;
3° Adhérences vésico-utérin;
4° Placenta vicieusement inséré;
5° Segment inférieur n'ayant pas une ampliation suffisante.

A la clinique de Bordeaux, pendant la période de novembre 1930 à novembre 1933, huit fois on a été obligé de prolonger l'incision sur le corps, trois fois avec une incision longitudinale du péritoine.

Nous avons trouvé également six observations de césariennes qui n'étaient pas des césariennes basses typiques; pour quatre d'entre elles, l'incision utérine avait été prolongée sur le corps de l'utérus; pour les deux autres, on a eu affaire à des césariennes hautes.
longueur.

Souvent dans nos observations, nous avons noté que l'incision utérine était obligée de remonter sur le corps, mais c'était, malgré tout, la technique habituelle de la césarienne basse avec le revêtement péritonéal habituel; une seule différence, c'était une légère incision du corps, parce qu'il y avait insuffisance du segment inférieur.

Nous avons mis à part six cas : sur ces six cas, deux seulement sont des césariennes hautes, car la technique de la césarienne haute comprend l'incision de la paroi abdominale avec un tiers au-dessus de l'ombilic.

Quatre autres comprennent une modification de technique qui consiste en une incision corporéale.

Une fois, parce que l'utérus fait une torsion de 90° qui se reforme après réduction, il faut faire une extériorisation et une césarienne corporéale.

Une fois, c'est un placenta praevia qui saigne abondamment et qui oblige à mettre des pinces sur les pédicules utéro-ovariens, puis à faire une hystérectomie secondaire.

Une autre fois, parce qu'un fibrome gros comme une tête fœtale occupait la partie inférieure de l'utérus; et une der-

nière fois sur une femme ayant déjà subi une césarienne parce que le péritoine était épaissi sur la gauche du segment inférieur avec des suffusions hémorragiques, ce qui porte à ne pas faire un décollement de la vessie, mais à faire une incision longitudinale du corps et du segment inférieur à la fois.

Deux fois seulement il y a eu lieu de faire une césarienne haute, c'est-à-dire avec une incision qui dépasse l'ombilic d'un tiers, dans des cas tout à fait spéciaux.

OBSERVATIONS DES CESARIENNES MOYENNES ET DES CESARIENNES HAUTES

Observation LXXIII

Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie subtotale, hémorragie grave par placenta praevia.

(Docteur Mahon)

Mme L..., 39 ans, VIII° pare, avril 1932.

Après avoir eu sept grossesses normales suivies d'accouchements normaux, la malade à 8 mois et demi de cette huitième grossesse, a trois hémorragies de sang rouge à deux jours d'intervalle; à la troisème le col se dilate et on sent le placenta.

L'état est grave, pouls filiforme : 124 Tam. — 7.

Laparotomie médiane; pinces sur les pédicules utéro-ovariens.

Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie subtotale. Mickulicz, suture de la paroi en un plan. Suites favorables, malgré une suppuration du mickulicz et une désunion de la paroi.

Enfant de 3 kg. 430 mort-né

Observation LXXIV

Césarienne abdominale après extériorisation et suivie d'hystérectomie subtotale pour le placenta praevia.

(Docteur Mahon)

Mme R..., 36 ans, VI° pare, janvier 1932.

Après quatre accouchements normaux d'enfants vivants, et un

avortement de deux mois, la malade a une sixième gestation normale jusqu'au huitième mois. Hospitalisée à la clinique.

Au huitième mois, hémorragie légère, à terme, grosse hémorragie. On trouve alors un placenta marginal à gauche et en avant. Les membranes sont rompues artificiellement; le col est dilaté comme cinq francs; on n'entend plus les bruits du cœur.

Laparotomie sous anesthésie générale à l'éther (l'extrême urgence ne permettant pas une rachianesthésie).

On fait une césarienne après extériorisation de l'utérus puis une hystérectomie. Suture de la paroi en un plan avec Mickulicz; la paroi se désunit légèrement. Suites normales.

Température, 38°. Pouls 120.

Enfant de 3 kg. 145, mort-né.

Observation LXXV

Césarienne corporéale après épreuve du travail pour bassin généralement rétréci.

Mme M..., 26 ans, primipare, septembre 1931.

Après une épreuve de travail de dix heures, la poche des eaux étant rompue depuis une heure, la dilatation est à un franc. La tête reste au-dessus du détroit supérieur.

Intervention sous rachianesthésie. L'utérus fait une torsion de 90° qui se reforme après réduction, d'où il faut faire une extériorisation et une césarienne corporéale. Délivrance difficile. Sutures habituelles. Suites normales.

Enfant de 3 kg. 200, Bip. de 9,8, s'élevant bien.

Observation LXXVI

Césarienne moyenne itérative sans épreuve du travail pour bassin rétréci, chez une III° pare syphilitique suivie de stérilisation.

Mme R..., 22 ans, juillet 1931.

En 1928, césarienne à terme; enfant de 3 kg. 400 vivant.

En 1929, césarienne à terme d'une fille de 3 kg. 240, vivante.

Le promontoire est accessible à 10 cm.

On intervient au début du travail par une césarienne moyenne très atypique sous rachianesthésie. Le péritoine est épaissi sur la gauche du segment inférieur avec des suffusions hémorragiques. On ne fait pas de décollement de la vessie; on fait une incision longitudinale du segment inférieur remontant sur le corps (suture en deux plans; un surjet musculo-séreux recouvert par la vessie). Stérilisation par section des trompes entre deux ligatures. Paroi en trois plans. Suites normales.

Enfant de 2 kg. 900, Bip. de 9,5, s'élevant bien.

Observation LXXVII

Césarienne haute pour apoplexie utérine

Mme V..., 40 ans, mai 1931.

VIII° pare. Amenée à l'hôpital pour hémorragies de la grossesse; mauvais état général, contracture utérine. Elle ne sent plus remuer depuis la veille après une violente douleur et une hémorragie; grossesse de sept mois, HU — 33. L'utérus tendu, rend la palpation impossible, à cause de la distension de l'utérus, de l'ancienneté des accidents, de la gravité de l'état général, de l'épaisseur du sol non effacé. On intervient.

Laparotomie sous anesthésie générale à l'éther (Ombredanne).

Incision qui dépasse l'ombilic; l'utérus est extériosisé; il présente sur chaque bord une bande ecchymotique de 5 à 6 cm. de large, mais les faces antérieures et postérieures, le fond, sont indemnes. Incision du corps.

Extraction d'un enfant mort de 1.800 gr. Des caillots et du sang liquide jaillissent en gerbe. On enlève le placenta, on nettoie la cavité utérine. L'utérus se contracte bien; on suture.

Suture de la paroi en un plan.

Suites opératoires : phlébite.

Observation LXXVIII

Mme M..., 26 ans, secondipare, février 1932.

Césarienne haute suivie d'hystérectomie pour bassin coxalgique et une présentation du siège chez une tuberculeuse pulmonaire.

CONCLUSIONS

Pendant l'époque de novembre 1930 à novembre 1933, il y a eu à la Clinique de Bordeaux 78 césariennes.

Le domaine des indications de l'opération césarienne s'étend, il gagne le traitement de certains cas de placentas praevias, de certaines hémorragies rétro-placentaires, de certaines présentations vicieuses, de certains gros enfants. Mais son indication la plus fréquente demeure le bassin rétréci.

En effet, 60% des Césariennes sont pour rétrécissement du bassin (dont 47% après épreuve du travail, et 13% sans épreuve du travail).

11% pour col non dilaté avec absence d'engagement.
7,8% pour placenta praevia.
7,8% pour gros enfant.
6,2% pour présentation vicieuse.
4,1% pour hémorragie rétro-placentaire.
3,1% pour lésions de l'appareil génital.

L'opération employée est presque toujours la Césarienne basse, parce qu'il se confirme qu'elle peut être employée dans les cas douteux ou même légèrement infectés et qu'elle permet donc l'épreuve du travail. C'est là son immense avantage, aussi voit-on le nombre des Césariennes diminuer, parce qu'un nombre important d'épreuves se terminent par l'accouchement par les voies naturelles. Elle évite des interventions inutiles par l'épreuve du travail qu'elle permet.

A la Clinique de Bordeaux, de novembre 1930 à novembre 1933, il n'y a eu que 47 Césariennes sur 172 bassins rétrécis.

Dans quelques cas, du fait d'un segment inférieur insuffisamment constitué, la Césarienne a été segmento-corporéale, ou Césarienne moyenne..

La Césarienne haute a été l'exception (deux fois seulement pour apoplexie utérine).

C'est seulement deux fois, c'est-à-dire dans 2,6% des cas que la mort maternelle est survenue après Césarienne, une fois par septicémie, une fois par péritonite secondaire, nous ne tenons pas compte d'une mort survenue aussitôt après l'intervention par anémie aigue, l'indication était une hémorragie rétro-placentaire, la malade est morte de son affection dont la Césarienne n'a pu la sauver, mais non pas du fait de la Césarienne.

La plupart du temps les suites sont bonnes mais 20% des femmes césarisées font une poussée thermique ne dépassant pas 38° et ne se prolongeant pas au delà de deux jours; 10% aussi ont fait des suppurations légères de la paroi (ces suppurations ont disparu avec la suture en un plan).

Vu,
Le Doyen.
p. le Doyen, l'Assesseur
J. GUYOT.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. ANDÉRODIAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 février 1934
Le Recteur de l'Académie.
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Alfieri. — *Indicazioni attuali del taglio cesareo.*

Ricardo Alvarez. — *Les césariennes basses à la maternité de l'hôpital de Lariboisière* (1923-1929), thèse de Paris, 1929, Vigné, éditeur, 13 rue de l'Ecole de Médecine.

Andérodias et Balard. — « L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne », *J. de M. de Bordeaux*, sept. 1931.

Anderodias. — « L'opération césarienne basse; ses indications, ses résultats », *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, t.XLIX, n° 16, 15 avril 1928 (bull. d'ob., Bx., 1926).

Appegate. — *Am. Journ. of obst.*, août 1919.

Arnaldo de Moraes. — « Cesariena intra-peritoneal baixa », *Revista de Gynec. e d'obstétric.*, Rio de Janeiro, février 1927, n° 2.

— « Cesariana vaginal em caso de toxemia gravidica », *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia*, n° 7, julho 1929, p. 268.

Audebert. — « Modification de la technique classique de la césarienne supra-symphysaire », *Toulouse-Médical*, 1er janvier 1930, p. 22.

— « Quelques points de technique de la césarienne basse », VIIe Congrès de l'Assoc. des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, 1, 2 et 3 octobre 1931.

— « Technique de la césarienne basse », *Revue franç. de Gynéc. et d'Obstétr.*, Paris, an. XXVI, n° 12, décembre 1931 et octobre 1933.

Balard. — « Notre expérience personnelle sur la césarienne basse, d'après vingt-cinq observations personnelles », *Gaz. hebd. des Sciences Médicales de Bordeaux*, avril 1928, p. 247; *Gaz. hebd. des Sciences Médicales de Bordeaux*, décembre 1930.

Balard et Mahon. — « La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale », *Marseille-Medical*, août 1928.

Bar. — *Gynécologie et obstétrique*, 1921, 1925.

Baumn. — *Monat für geburt und gyn.*, 1923.

Beck. — « Sur une césarienne basse », *Am. Journ. of Obst. et Gyn.*, t. I, n° 6, mars 1925 et n° 8, mai 1921.

Beckers. — « Le procédé de Phaneuf dans la césarienne basse », *Bruxelles Médical*, n° 4, 24 novembre 1929, p. 85.

Beckers. — « Le procédé de Phaneuf dans la césarienne basse », *Bruxelles-Médical*, 10, 85-89, 24 novembre, 1929.

Bensimon Toby. — *La césarienne supra-symphysaire d'après les documents recueillis à la Maternité de Nancy*, thèse de Nancy, 1930-1931.

Bercovici (Bernard). — *Contribution à l'étude de la césarienne basse*, thèse de Paris, 1927, M. Vigné, éditeur.

Beuttner. — « Opération césarienne transpéritonéale basse pour bassin plat et scoliose », *Revue de Médecine de la Suisse Romande*, t. XLII, n° 3; *Revue française Gyn. et Obst.*, 1923; *Gyn. et Obst.*, 1931.

Brandt. — *Zeitschrift für gyn.*, 1923-1924.

Brault (P.). — « Les possibilités actuelles de la césarienne », *Progrès Médical*, 7 février, 1931, p. 234-237.

Brindeau. — « De la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire », *Presse Médicale*, 10 mars 1926.

Brindeau (A.) et **Cannone.** — « Technique de la césarienne basse », (Indications, résultats), *Journ. Médical français*, 1923, 8 janvier 1930.

— « Technique de la césarienne basse » (Indications, résultats), *Le Journal Médical français*, n° 1, janvier 1930, p. 3.

Brouha. — *Bruxelles-Médical*, 1930.

Brouha (Maurice). — « A propos des indications de la césarienne supra-symphysaire » (communication à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, 1er mai 1925.

Burger. — « Les hémorragies dans la section césarienne basse », *Strasbourg-Médical*, n° 6, mars 1929, p. 150.

— « Les indications particulières pour la section césarienne basse », *Strasbourg-Médical*, 1926, t. II, p. 335.

Bussala. — *Zentralblatt. für gyn.*, 1927.

Bustamante (A. S. de). — « Primer caso de cesarea baja iterativa praticada en Cuba », *Rev. Med. Cubana*, 12, 999-1002, septembre 1931.

Catala. — « De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse », *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 11 janvier 1926.

Cathala. — « De la valeur de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire », *Presse Médicale*, 10 mars 1926.

- « De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse », *Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, fasc. I, p. 37, 1926.

Chapulliot (Edmond). — *Contribution à l'étude de la césarienne supra-symphysaire transpéritonéale. Les dix-sept premiers cas à Alger*, thèse de la Faculté de Médecine d'Alger, 1927, in-8°, n° 14, 95 p., Alger, imprimerie de l'Algérie, 20, rue de la Liberté.

Chassot. — « De la césarienne basse », *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 51, 212-226, March., 25, 1931.

Chatillon. — « Accouchement normal après opération césarienne basse », *Revue franç. de Gynéc. et d'Obstétr.*, 25, 194-195, Mars, 1930.

- « Quatre cas d'opération césarienne basse », *Revue franç. de Gynéc. et d'Obstétr.*, 25, 187-193, March., 1930.

Cheynet (Emile). — *Considérations sur la césarienne vaginale* (à propos d'une statistique de quarante cas). Librairie M. Lac, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris, 6e, 1929.

Constantinesco. — « Sur la césarienne basse », *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1927, 22e année, p. 317.

Constantinescu. — « Low ceserean section », *Rev. San. Mil. Bucuresti*, 29, 303-306, aug.-sept. 1930.

Correia da Costa. — *Revista de Gyn. et d'Obstétr. a Bresil*, 1925.

Couvelaire. — « Statistique des césariennes basses faites à la clinique Baudelocque », *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, novembre 1925.

Couvelaire. — *Historique du traitement de la dystocie osseuse*. Paris, 1927.

Danforth and Grier. — « Low cervical ceserean section », *The Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, août 1926, p. 249.

— « Analysis of 124 cases of low cervical ceserean section », *Am. Journ. Obst. and Gyn.*, 20, 405-410, septembre 1930.

Debrieu. — Thèse de Lyon, 1911.

De Lee. — « Technique de la césarienne basse », *Journal of et Amer Med. Ass.*, 14 mars 1925.

Delmas. — « Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique », *Gazette d'accouchement de Montpellier*, 1er mars 1932, nº 3.

— « Les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique », *Le Languedoc Médical*, nº 8, 10 août 1932, p. 322.

De Porenta. — *Annali di obstétrico*, 1924.

Desoubry. — Thèse de Paris, 1925.

Devraigne, Seguy et Laennec. — « Indications actuelles de la césarienne basse », *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 juin 1929, p. 407.

Dobroche. — Thèse Breslau, 1913.

Dujol. — *Bull. soc. d'Obs. et Gyn.*, 1924.

Dufour. — « Opération césarienne basse par incision transversale du segment inférieur », *Gaz. des hôpitaux*, nº 95, novembre 1928, p. 1662.

Enea. — « Taglio cesareo soprasinfisario », *Pagine Sanitarie*, août 1929, nº 8, A. VII, p. 309.

Engelhard. — Thèse de Paris, 1926.

Entz. — *La césarienne basse en dehors des dystocies osseuses*, thèse de Strasbourg, 1929-1930.

Favreau. — *Les opérations césariennes abdominales et leurs indications*.

Favreau, Klein et Ledieu. — « Césarienne basse après forceps et malgré la mort de l'enfant », *Bull. soc. d'Obst. et de Gyn.*, 21, 60-62, janvier 1932.

Ferey (Daniel). — « Avantages de la césarienne basse. Quelques détails de technique », *Le Bulletin Médical*, 16 janvier 1932, nº 3.

Ferey. — « A propos des césariennes et en particulier des césariennes

basses », XLe Congrès français de chirurgie, Paris 5-10 octobre 1931.

Fleurent. — « A propos de la césarienne basse », *Société d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, juin 1925.

Gafarmi. — *Revue française de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1923.

Galaup. — Thèse de Bordeaux, 1932.

Garcia Marruz et Villalta (F.). — « Cesarea iterada. Primera intervencion cesarea baja. Segunda, cesarea corporea breves consideraciones », *Rev. Med. Cubana*, 43, 130-138, février 1932.

Gelle. — « Grossesse gémélaire, éclampsie, césarienne basse », *Bull. soc. d'Obst. et de Gyn.*, 21, 62-63, janvier 1932.

— *Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse*, thèse de Lille, 1929-1930.

Greehall. — « Shall the indication for the low or cervical coesarean section be extended », *Internat. Clinics*, 1925, t. IV-série 35.

Greenhill. — *Am. journ. of Obst. and Gyn.*, janvier 1923.

Grigsby. — « So called low cesarean section, *Internat. J. Med. et Surg.*, 44, 83-85, février 1931.

Grimault. — « Césarienne basse; temps septique extra-péritonéal », Réunion Obst. et Gyn., Nancy, 15 juin 1927; *Rev. Méd. de l'Est*, Nancy, 1er avril 1928, p. 262 et *Bull. soc. Obst. et Gyn.*, Paris, p. 594.

Gromadzki. — *Gin. Poloka*, Varsovie, 1927.

Grosse. — « L'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (opération césarienne basse) », *Gaz. Méd. de Nantes*, 1er aout 1927, nº 15, p. 352 et 15 août 1927, p. 379; *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1927.

— « Les résultats de la césarienne basse. Statistique personnelle », *Gaz. Méd. de Nantes*, 15 novembre 1929.

— « L'opération césarienne supra-symphysaire (opération césarienne basse) », *La Science Médicale Pratique*, p. 593, 15 novembre 1929.

— « Les résultats de la césarienne basse (deuxième statistique personnelle », *Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, 24, 721-731, décembre 1929.

Grosse et Leroux. — « Sur l'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire », *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars, 1927.

Guéniot. — « Les hémorragies dans la césarienne basse », *La Médecine*, nº 5, avril 1930.

— « La césarienne transpéritonéale supra-symphysaire », *Le Bulletin Médical*, nº 21, 17 mai 1930.

— « Le césarienne transpéritonéale basse supra-symphy-saire », *Bull. Méd.*, Paris, 44, 357-367, mai 17, 1930.

Haggstrom. — *Acta Gynecologia scandinava*, 1926.

Harris et Brown. — *Am. journ. of Obst. and Gyn.* 1927.

Hauch. — *Rev. française de Gyn. et d'Obst.*, mars 1923.

Hellmuth. — « Au sujet des ruptures spontanées de l'utérus au niveau de la cicatrice des césariennes intra-péritonéales basses; faut-il approuver l'extension de cette technique? », *Munchener Medizin. Woch.*, t. LXXV, n° 38, 21 septembre 1928, p. 1626-1628.

Henricuis. — *Arch. mensuelles de Gyn. et d'Obst.*, 1912.

Henriot. — Thèse de Paris, 1927.

Henrotay . — *Gynécologie et obstétrique*, 1931.

Hilliard et Miller. — « The low or cervical cesarean section », *Nei-Orléans Med. and Surgical Journal*, vol. 79, april 1927, n° 10.

Holland. — *Bristish Med. Journ.*, 1924.

Houel et Jahier. — « Césarienne basse pour présentation de l'épaule négligée », *L'Algérie Médicale*, janvier 1929, p. 32.

L'Hullier. — Thèse de Bordeaux, 1931.

Jahier et **Sesini.** — « Césarienne supra-symphysaire pour décollement prématuré du placenta normalement inséré », *Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, séance du 13 avril 1929.

Jeannin. — « La césarienne supra-symphysaire (Rapport à la Société d'Obst., 9 octobre 1909, *Revue Générale d'Obstétrique*, 1909.

Klein. — *Les césariennes supra-symphysaires. Revue critique*, thèse de Paris, 1912.

Kouwer. — *Gyn. et Obst.*, 1921.

Kraux. — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1923.

Kustrier. — *Monats für geburt and Gyn.*, 1928-1929.

Laffont et **Larribère.** — « Deux cas de césarienne supra-symphysaire, l'une pour procidence de la main avec viciation pelvienne, l'autre pour présentation du siège dans un bassin plat », *Société d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, séance du 13 avril 1929.

Lee. *Journ. of the Am. Med. ass.*, 14 mars 1925.

Lequeux. — *Gyn. et Obst.*, 1921 (526).

Leroux. — « La césarienne basse; sa place en obstétrique, sa technique, ses suites opératoires, ses indications, son pronostic », *La sage-femme de l'Ouest*, n° 3, mars 1932.

— « La césarienne basse », *La saye-femme de l'Ouest*, mai 1932, n° 5.

Magos. — « Quelques réflexions à propos de l'opération césarienne », *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, séance du 9 novembre 1929; *Bruxelles-Médical*, n° 5, 1er décembre 1929, p. 128.

Mahon. — Thèse de Bordeaux, 1930.

Mahon et Balard. — *La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale.*

Marrassi. — *Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale, supra-symphysaire*, thèse de Paris 1925, A. Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Marion et **Magnan.** — « La césarienne basse dans un bassin plat », *L'Union Médicale du Canada*, n° 3, t. LXI, mars 1932.

Martin. — *Monats für geburt. and gyn.*, 1925, n° 44.

Martin et **Spieckoft**. — *Monats für geburt. and gyn.*, 1929.

Merger. — « La césarienne tardive. Contribution à sa technique », *Gynécoloie et Obstétrique*, novembre 1933.

Miller. — «Low cervical cesarean section, with report of 28 cases », *New-Orléans M. et S. Journ.*, 83, 227-231, octore 1920.

Nouvian. — *La césarienne supra-symphysaire*, thèse de Paris 1921.

Nubiola. « Detalles de tecnica en la cesarea baja o segmentaria », *Rev. Espan. de Obst. y Gyn.*, 16, 553, juillet 1931.

Olow. — *Zemtratblatt., für gyn.*, 1910.

Paasche. — Thèse de Bordeaux, 1927.

Pasquet. — *La place de la césarienne basse dans la thérapeutique des hémorragies du placenta praevia*, thèse de Bordeaux, 1929-1930.

Pastiels. — « Dystocie par kyste ovarien, césarienne supra-symphysaire, suivie d'ovariectomie », *Bruxelles-Médical*, 11 décembre 1927, p. 175.

Paucot. — « La césarienne transpéritonéale basse », *L'Echo Médical du Nord*, n° 53, 31 décembre 1927.

Payne. — « Cesarean section with special reference to lower segment transverse incision; cases analyses », *Virginia M. Monthly*, 58, 234-38, july 1931.

Peradon. — Thèse de Paris, 1913.

Peirier. — Thèse de Strasbourg, 1923.

Pery. — « La césarienne basse à la Maternité de Pellegrin de Bordeaux », *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 108, 793-795, 20-30 septembre 1931.

Pery, **Rivière** (Marc), et **Mange**. — « Césarienne supra-symphysaire pour hémorragies par incision basse du placenta après échec de la méthode de Delmas », *Soc. d'Orlhop. et de Chir. de appareil moteur de Bordeaux*, séance du 22 janvier 1931, n° 14; *Gaz. hebd. des Sciences Médicales*, 5 avril 1931.

Phaneuf. — « La césarienne supra-symphysaire », *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 3 juillet 1926 in *Bruxelles-Médical*, 26 septembre.

— *Some historical notes on the caserean section.*

— « L'avenir obstétrical de la femme qui a été délivrée par une opération césarienne basse », *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, n° 4, avril 1927.

Poelak. — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1925.

Portes et **Risacher**. — *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn.*, 1926.

Procter. — « Cesarean section: safety of low cervical section as compared to classical operation », *South. Med. and Surg.*, 93, 513-517, july 1931.

Rautureau. — Thèse de Bordeaux, 1933.

Reeb. — *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1923.

Reich. — *Résultats de la section césarienne basse faite à l'école des sages-femmes* », Strasbourg, thèse de Strasbourg, 1929-1930.

Rice. — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1927.

Rocmans. — « La place actuelle de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale », *Bruxelles-Médical* n° 25, 17 avril 1932, 12e année.

Rolindo. — *Ligeiras consideracoes sobre a cesariana segmentar transperitoneal*, Rio de Janeiro, mai 1927.

Rubin. — Thèse de Paris, 1930.

Schickele. — « Pelvitomie contre la césarienne basse », Congrès de Gyn. et d'Obst., Paris 1925, *Gyn. et Obst.*, n° 4, t. XII, p. 318.

Sénéchal. — « L'incision transversale cutaneo-aponévrotique suspubienne », *La Presse Médicale*, n° 72, septembre 1928, p. 132

Sesini et **Gouilloud**. — « Césarienne supa-symphysaire pour sclérose cicatricielle du col », *Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, séance du 16 mai 1931.

Sewall. — « Some observations on present, status of low cervical caesarean section », *New-England Journ. Med.*, 203, 356-361, 21 aug. 1930.

Siegel. — *Monats für geburt. and gyn.*, 1923.

Slininsky. — « Quelques mots sur la technique de la césarienne supra-symphysaire, » *Revue française de Gyn. et d'Obst.*, juin 1931, n° 6.

Snoeck (Joseph). — « L'épreuve du travail et la césarienne basse », Comm. à la Soc. belge de Gyn. et d'Obst., 2 avril 1927, et *Bruxelles-Médical*, 1927, p. 799.

Snoeck, **Spies**, **Wodon**, **Pastiels** et **Magos**. — « Quelques réflexions au sujet de la césarienne basse », *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, séance du 4 janvier 1930.

Van Roof. — *Gyn. et Obst.*, 1921.

Vauverts. — *Zentralblatt für gyn.*, 1926.

Wattervald. — « Avenir obstétrical après césarienne basse », *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1926.

Weterwald (Max). — *Gynécologie et Obstétrique*, 1926.

Weymeroch. — *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1920.

Wilson . — « Lower segment Caesarean section », Brit., *M. J. I.* 798, mai 9, 1931.

— « Lower uterine segment Caesarean section », *J. Obst. et Gyn. Brit Emp.*, 38, 504-515, 1931.

Winter. — *Zentralblatt für gyn.*, 1929.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.